Juin 2014 n° 128

la Lettre

Clinique hongroise : la fin de la publicité sans frontière ? p. 4

DPC : le rapport accablant de l'Igas p. 8

Tube PRF, l'indispensable marquage CE p. 27

Une charte pour le consentement éclairé

ONCD ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES

4 L'ÉVÉNEMENT

CLINIQUE HONGROISE : vers la fin de la publicité sans frontière ?

ACTUALITÉS

8 DPC
Faut-il (et comment) sauver le développement professionnel continu ?

11 SÉCURISATION DES ÉCHANGES
La messagerie MSSanté est opérationnelle

14 SANTÉ PUBLIQUE
Quel est l'impact environnemental des amalgames ?

16 DÉONTOLOGIE
Des testings pour lutter contre les refus de soins ?

18 CULTURE
L'histoire dentaire en un clic

QUATRE PAGES CENTRALES
Charte ordinale : le consentement éclairé

25 SANTÉ PUBLIQUE
Un parcours de soins pour le 4e âge

27 RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE
Tube PRF : l'indispensable marquage CE

29 EN BREF

30 **DOSSIER**
Consentement éclairé : mode d'emploi

JURIDIQUE

35 CONSEIL D'ÉTAT
Addition fiscale salée pour l'activité « occulte » d'un remplaçant

39 COUR DE CASSATION
Débat judiciaire autour de la prime de secrétariat

PORTRAIT

42 GUY ROBERT
Du charbon dans la chaudière

LA LETTRE EXPRESS

43 Ce qu'il faut retenir pour votre exercice

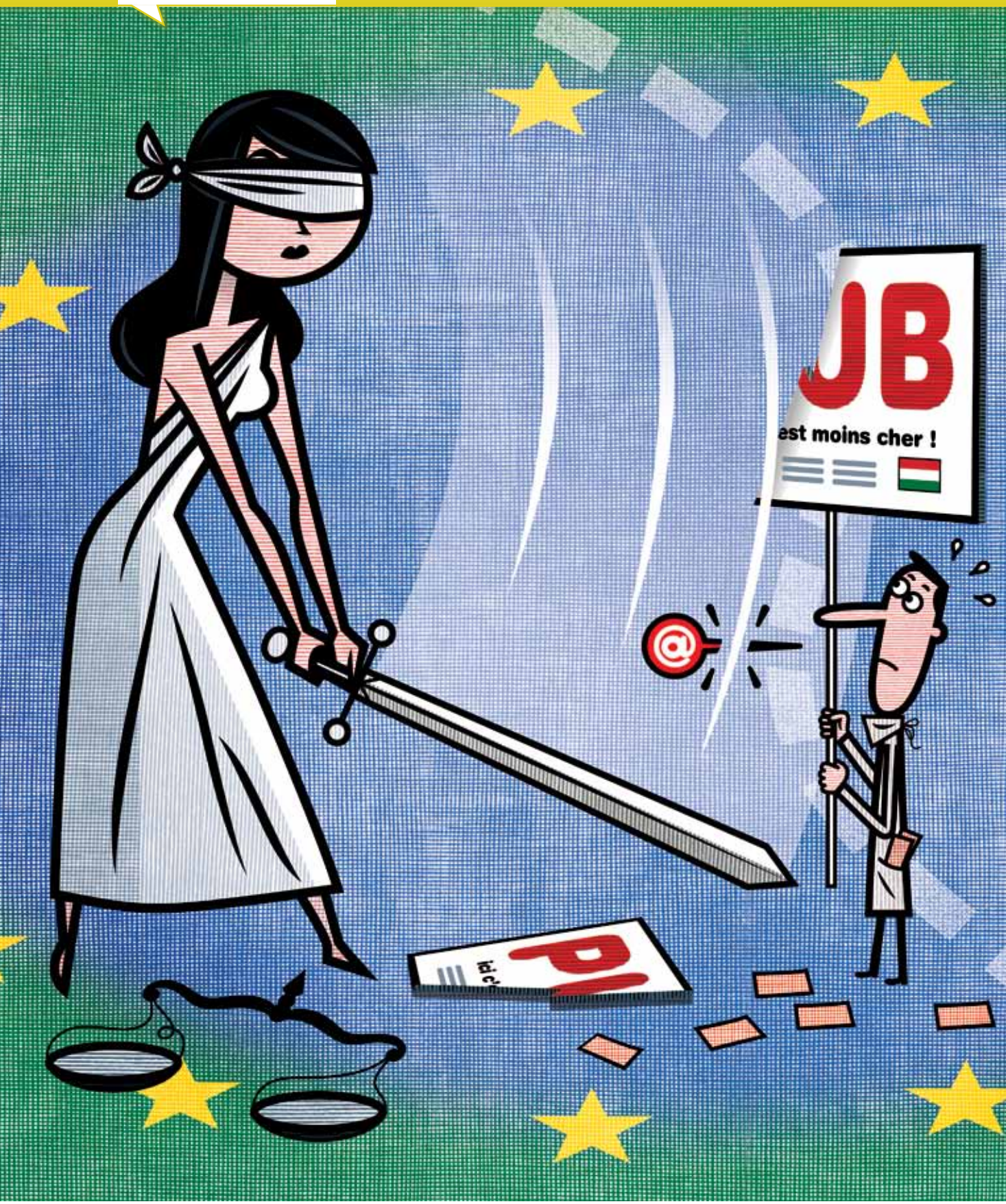
Plus d'info sur
www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr

Christian Couzinou
Président
du Conseil national

Après le désastre

Le rapport que l'Igas vient de poser sur le bureau de Marisol Touraine sur le DPC est accablant. Une conduite de projet *«désastreuse»*, des *«vices cachés»*, un pilotage *«confus»* et, *last but not least*, un financement qui n'est pas consolidé : tel est le constat au vitriol que dressent les inspecteurs de l'Igas. Finalement, à bien lire leur rapport, la seule lueur d'espoir vient en réalité des professionnels de santé eux-mêmes. Contre vents et marées, les inscriptions au DPC ont connu une véritable montée en puissance depuis plus d'un an. Fin 2013, près de 31 % des chirurgiens-dentistes avaient accompli leur démarche d'inscription sur le site du DPC. Ce n'est pas rien, même si, bien sûr, on est loin du compte. Hélas, pour l'Igas, *«trop de difficultés demeurent pour créer une vraie dynamique du DPC»*. Alors ? Et maintenant ? Quelle que soit la décision que prendra Marisol Touraine, on voudrait croire que, enfin, chaque profession de santé sera réellement entendue et invitée à participer pleinement à une éventuelle réforme du DPC. On regrettera d'ailleurs que l'Igas n'ait pas eu les moyens d'investiguer auprès de toutes les professions de santé concernées. Comme nous aurions aimé lire (on peut rêver !) une évaluation de notre système de formation continue tel qu'il fut piloté par le CNFCO il y a quelques années ! Du point de vue de l'Ordre, largement partagé par la profession, il ne manquait à ce système – qui avait connu une adhésion bien au-delà des attentes – que le volet de l'analyse des pratiques professionnelles. Il n'y a nulle nostalgie dans ces propos. Simplement le souhait que l'on s'appuie enfin sur les déterminants de ce succès pour mieux repenser un DPC réellement adapté à notre identité.

« On voudrait croire que chaque profession de santé sera réellement entendue et invitée à participer pleinement à une éventuelle réforme du DPC. »


JB
est moins cher !

CLINIQUE HONGROISE Vers la fin de la publicité sans frontière ?

La condamnation par le tribunal de grande instance de Paris d'une clinique dentaire hongroise pour publicité comparative et pratique commerciale déloyale constitue un premier pas dans le combat de l'Ordre visant à établir l'égalité des règles entre les praticiens exerçant en France et ceux qui viennent recruter des patients en France. »»»

La bataille engagée par l'Ordre contre la distorsion de concurrence entre les praticiens exerçant en France, interdits de publicité, et une clinique hongroise se livrant à des démarchages commerciaux dans l'Hexagone vient de connaître une avancée significative. Même s'il ne s'agit que d'un premier pas encore timide, le tribunal de grande instance de Paris n'étant pas allé au bout de sa logique, on veut croire que les lignes sont enfin en train de bouger.

Des lignes qui vont dans le sens d'une égalité entre les praticiens exerçant en France et ceux qui tentent de capter les patients par des appels sur les prix sans donner la vraie et juste information en proposant des offres qui peuvent paraître alléchantes et qui masquent des réalités moins glorieuses.

Ce jugement de première instance est, bien entendu, susceptible d'appel.

Dans les faits, en octobre dernier, une clinique dentaire hongroise vantait ses mérites à la Foire de Paris en ouvrant un stand animé par un commercial salarié par la clinique. Dans l'urgence, le Conseil national obtenait un référé devant le TGI de Paris. Et dès le 31 octobre dernier, par une ordonnance de référé, devenue définitive, le TGI de Paris décidait d'autoriser la saisie des documents publicitaires constituant la preuve d'une activité flagrante de concurrence déloyale.

Le TGI mettait donc fin aux pratiques commerciales sur la foire. Son représentant commercial s'engageait à cesser *«toute activité de publicité et autres actes de concurrence déloyale»* ainsi qu'à remettre tous documents publicitaires restant en sa possession pour le compte de cette clinique. Mais, pour le Conseil national, cette décision du TGI de Paris, même positive, ne pouvait constituer qu'un premier volet de la réponse judiciaire : il obtenait du TGI de Paris une assignation au fond en urgence.

Selon le tribunal de grande instance, les pratiques de concurrence déloyale constatées ont nécessairement produit des déplacements de patientèle au détriment des praticiens exerçant en France.

Sur le fond, le Conseil national reprochait à la clinique dentaire des faits caractérisés de publicité comparative et de pratiques commerciales déloyales, non seulement *via* le stand sur la Foire de Paris, mais aussi sur son site Internet [1]. C'est cette étape judiciaire qui vient de s'achever par le jugement du TGI de Paris en date du 25 mars dernier.

Que dit le TGI de Paris ? Il s'appuie, entre autres, sur le Code de déontologie européen du Council of European Dentists (CED) [2]. Le TGI rappelle ainsi que ce code comporte une rubrique *«commerce électronique»* en vertu de laquelle, dans l'élaboration de son site Web, le praticien doit veiller à ce que le contenu ne présente pas d'informations non professionnelles *«en particulier louangeuses, trompeuses ou comparatives»*.

Ce même code prescrit que toute l'information présentée doit être honnête, objective, facile à identifier et se conformer à toute législation nationale et code de conduite de l'État membre dans lequel le chirurgien-dentiste est établi ou exerce temporairement.

Pour le TGI de Paris, l'interdiction faite à tout chirurgien-dentiste de *«faire figurer des informations comparatives, ce qui inclut les comparaisons de tarifs»*, s'applique bien à l'ensemble des praticiens de l'Union européenne. Une interdiction, précise le TGI, qui vaut pour *«tout site [Internet] dont l'accès est possible aux citoyens de l'UE»*.

En conséquence, pour le TGI de Paris, dès lors que les sites sont accessibles aux ressortissants français, l'Ordre est recevable et fondé à se prévaloir à l'encontre des sociétés qui en sont à l'origine, dès lors qu'elles exploitent une clinique de chirurgiens-dentistes, de leurs manquements aux dispositions du Code de déontologie européen, proscrivant toute publicité comparative.

Par conséquent, toute mention faisant apparaître une formulation affirmant que les tarifs pratiqués sont moins chers qu'en France *«apparaît fautive comme se heurtant à l'interdiction pré-*

mettant à profit l'interdiction de publicité dont font l'objet les praticiens exerçant en France, la clinique hongroise a missionné le commercial, «*ancien négociant en vin rebaptisé conseiller dentaire*» pour en faire leur représentant en France en lui faisant «*distribuer des prospectus vantant le caractère beaucoup moins élevé des tarifs pratiqués par les chirurgiens-dentistes travaillant à la clinique exploitée à Budapest, tenir des stands en particulier à la Foire d'automne de Paris, insistant sur les avantages présentés par la clinique hongroise, sans mentionner les inconvénients de ce tourisme dentaire, notamment en matière de suivi médical*».

Pour le TGI, une telle pratique «*constitue une forme de concurrence déloyale à l'encontre des chirurgiens-dentistes français, ayant mobilisé des moyens financiers importants, qui [a] nécessairement produit des déplacements de clientèle au détriment des praticiens représentés par le demandeur*».

Le TGI de Paris ne retient pas l'argumentation de la clinique hongroise quant à une absence supposée de lien entre elle et son commercial : «*Il ne peut être sérieusement soutenu [...] que le commercial aurait agi de son propre chef alors que celui-ci a toujours officiellement agi*» au nom et pour le compte de la clinique «*et qu'il utilisait le matériel mis à sa disposition*» par la clinique hongroise, sur le site de laquelle son nom apparaissait comme celui de son correspondant en France.

En conclusion, le TGI estime ainsi disposer «*des éléments suffisants pour chiffrer à 15 000 euros le préjudice occasionné aux intérêts collectifs des chirurgiens-dentistes représentés par le Conseil national*».

Pour le Conseil national, cette solution du TGI de Paris, même si elle lui donne raison quant au fond (publicité comparative et pratique commerciale déloyale), reste insatisfaisante dans la mesure où la clinique n'est condamnée qu'à des dommages-intérêts.

Pour l'Ordre, la logique voudrait que, dans la mesure où la publicité comparative et la pratique commerciale déloyale sont caractérisées, la clinique hongroise soit condamnée à cesser ses pratiques sur ses sites Internet. Tel n'est pas le cas. Le TGI de Paris n'a, semble-t-il, pas pleinement apprécié la gravité des faits reprochés à la clinique. C'est la raison pour laquelle l'Ordre se réserve la possibilité de faire appel de ce jugement. ■

La solution retenue demeure insatisfaisante puisque la clinique n'est condamnée qu'à des dommages-intérêts. La logique voudrait cependant que ses agissements sur Internet soient proscrits.

citée». Pour le TGI de Paris, le droit au libre choix du praticien par le patient «*ne saurait justifier le non-respect du Code de déontologie européen*».

Mais le TGI va plus loin, suivant en cela l'argumentaire du Conseil national, qui estimait que la clinique hongroise violait la directive 2005/29/CE du 11 mai 2005, laquelle interdit les pratiques commerciales déloyales.

Ainsi, pour le TGI de Paris,

(1) Précisons, pour être tout à fait exacts, que trois sociétés au service de cette clinique hongroise étaient en réalité attraites par le Conseil national devant le TGI de Paris. Ce dernier, eu égard à leur «*imbrication étroite*» et à leur objet social «*voisin*» a prononcé une condamnation *in solidum* à leur encontre.

(2) Le CED, composé de représentants d'associations dentaires nationales, a édifié en 1964 ce code réactualisé en 2007.

Faut-il (et comment) sauver le DPC ?

Le rapport de l'Igas sur le développement professionnel continu (DPC) expose un état des lieux au vitriol. Il envisage trois scénarios pour le réformer, en insistant sur la nécessaire concertation avec les professions de santé. Et va jusqu'à envisager l'hypothèse de sa disparition pure et simple.

Vice de conception, financement en berne, absence de concertation, gouvernance défaillante : l'Igas vient de rendre un rapport sans complaisance sur le système DPC. Missionnés initialement par Marisol Touraine sur un simple contrôle de l'organisme gestionnaire du DPC (l'OGDPC), dont l'Igas ne tait pas les dysfonctionnements, les inspecteurs de l'Igas se sont cru autorisés à mettre à plat toute l'architecture du DPC dans leur rapport [1]. Et le constat est implacable tant la mise en place du DPC, pour l'Igas, est *«émaillée de nombreuses difficultés»* qui trouvent leur source dans la conception même de ce système tel que figurant dans la loi HPST votée en 2009.

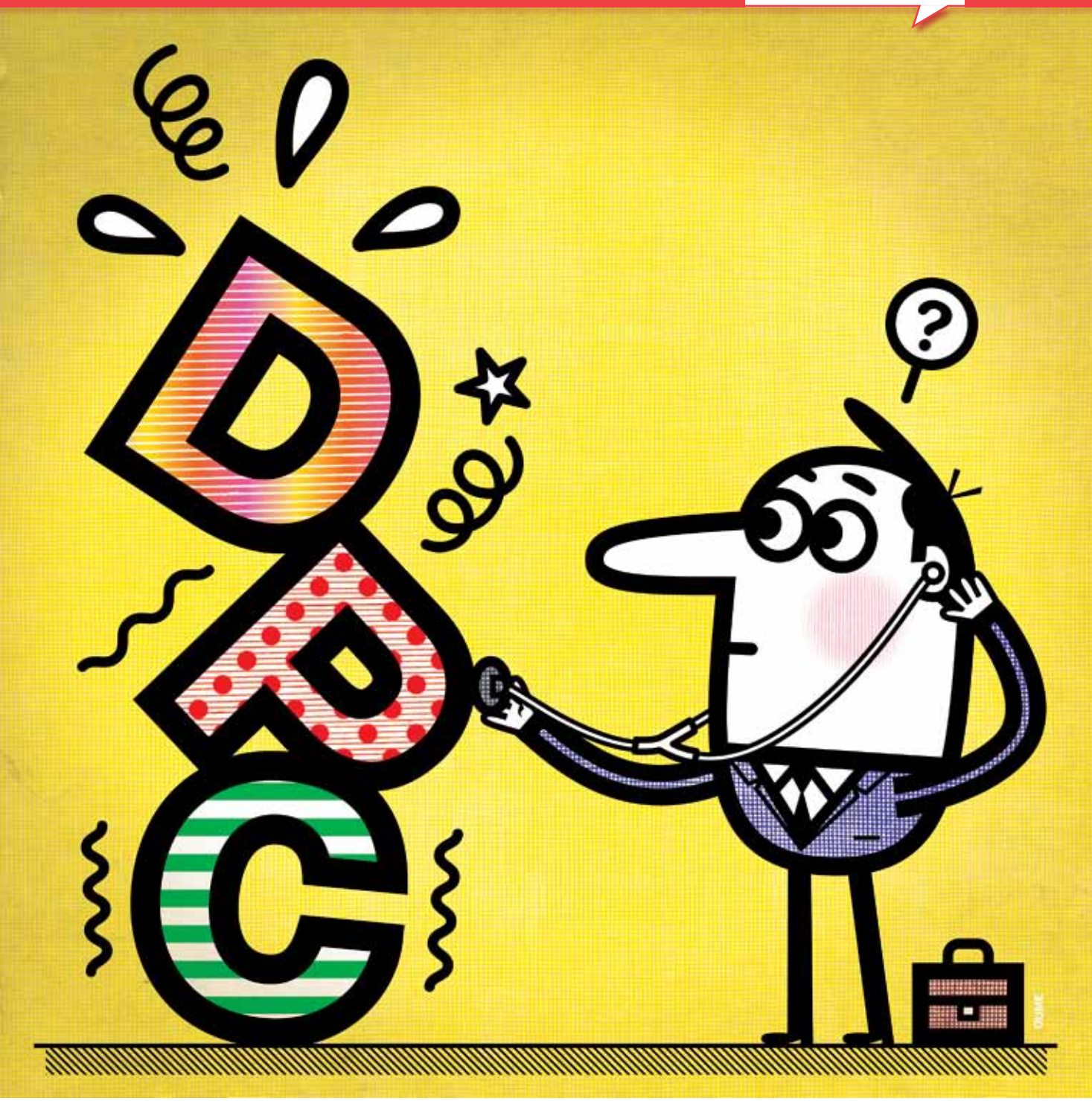
Au-delà de l'identification des bugs récurrents de l'OGDPC (entre autres sur l'inscription et l'indemnisation des professionnels ou encore sur l'enregistrement des organismes de formation), les auteurs de ce rapport expliquent en effet, non sans un certain sens de la parabole météorologique et archéologique, avoir identifié *«un épais nuage de problèmes de nature extrêmement diverse dans lequel il est possible de distinguer quatre strates»*. Pour l'Igas cependant, si l'OGDPC est bien responsable de multiples dysfonctionnements, il n'y a pas eu de *«manquement grave»* de la part de l'organisme gestionnaire. Voilà la raison pour laquelle les inspecteurs sont allés bien au-delà du simple audit du pilotage administratif du DPC.

Des vices de conception, de mauvais réglages institutionnels, une conduite de projet défectueuse et des blocages budgétaires ont conduit à des bugs récurrents.

Quelles sont ces quatre strates découvertes par les auteurs ? En premier lieu, des vices de conception, en deuxième lieu, de mauvais réglages organisationnels, en troisième lieu, une conduite de projet défectueuse et, enfin, des blocages budgétaires. En creux, ce sont bien le législateur et l'État qui sont ici désignés par l'Igas comme les principaux responsables des errements du DPC : *«La responsabilité de l'OGDPC apparaît limitée ; c'est [une] pression excessive qui lui a fait prendre certaines positions rigides et commettre des maladresses de communication.»*

De quels vices de conception parle l'Igas ? D'abord, pour les auteurs, l'obligation de formation n'a pas de *«contenu précis : ni le volume d'heures, ni le contenu de la formation ne font l'objet de prescription»*. Ensuite, la sanction du manquement à cette obligation, qu'ils ne remettent pas en question, n'est pas organisée. Enfin et peut-être surtout, les *«aléas budgétaires qui affectent la construction des budgets de l'OGDPC ne donnent aucune assurance qu'il sera possible de financer le coût d'un DPC généralisé à tous*

Dues à une pression excessive, les positions rigides et les erreurs de communication de l'OGDPC n'en font pas le principal responsable des errements du DPC.



les effectifs de l'ensemble des professions».

Ensuite, l'Igas relève de mauvais réglages : *«La procédure d'évaluation préalable des organismes par des commissions scientifiques indépendantes n'apporte pas toute garantie de qualité, et la procédure de contrôle* a posteriori *n'est pas encore mise en place.»* Et les auteurs d'enfoncer le clou : *«L'organisation institutionnelle de l'OGDPC fait obstacle à une gouvernance claire.»*

Le troisième point identifié par les auteurs concerne directement l'OGDPC. Pour eux, la conduite de projet a certes été *«défectueuse»*, mais ils absolvent, au moins partiellement, l'organisme gestionnaire : *«Dans un cadre juridique contraint par des textes qui empiètent sur la marge de gestion nécessaire, les remises en cause de* »»»

»» *règles édictées après "arbitrage" politique, les délais trop serrés, le choix technique hasardeux d'un recours exclusif à l'informatique, ont mis sous une pression excessive l'OGDPC.»*

Dernière *«strate»* observée par l'Igas : *«Des blocages portent principalement sur le financement des organismes de formation par l'industrie pharmaceutique et, plus globalement, [sur] l'ouverture du DPC à tout type d'organisme de formation et sur le dispositif d'évaluation.»*

Pour l'Igas, au-delà de cet état des lieux au vitriol, l'enjeu consiste aujourd'hui à *«sauvegarder les principes»* du DPC, même si les auteurs sont parfaitement conscients de *«la carapace de scepticisme»* qui entoure cette réforme créant le DPC, et dont beaucoup de professionnels de santé *«considèrent qu'elle échouera»*.

Sur la méthode, l'Igas pointe une grande faiblesse du système DPC : l'absence de concertation qui a préludé à son élaboration. Même si son rapport égratigne *«les acteurs qui se contentent de critiques et ne proposent rien»*, il suggère fortement de *«marquer une grande importance à la manière dont doit être conduite toute modification apportée au dispositif»*. En clair, un *«réel travail de concertation approfondie doit aboutir à un accord sur les grandes règles du changement»*.

L'Igas avance quatre scénarios pour l'avenir. Le premier consiste à maintenir le système actuel *«en en corrigeant les dysfonctionnements»*. Pour ce faire, il conviendrait de *«redonner confiance aux acteurs dans le dispositif en consolidant le financement du DPC et en assortissant l'obligation d'un jeu de sanctions réelles. Les procédures doivent être simplifiées et la qualité technique des formations assurée»*. Las ! L'Igas n'y croit pas ou à peine : *«Le nombre important de retouches à effectuer peut [...] conduire à s'interroger sur les simplifications plus radicales du système actuel.»* C'est la raison pour laquelle, sur les quatre perspectives envisagées, l'Igas propose trois scénarios offrant un *«champ plus ouvert à la concertation nécessaire»*. Deux idées directrices président à ces trois scénarios : *«Circonscrire le rôle de l'État et, corrélativement, accroître les responsabilités des professionnels.»*

Malgré la carapace de scepticisme qui entoure la réforme à l'origine du DPC et la pléthore de corrections à mettre en œuvre, les principes qui le gouvernent doivent être sauvegardés.

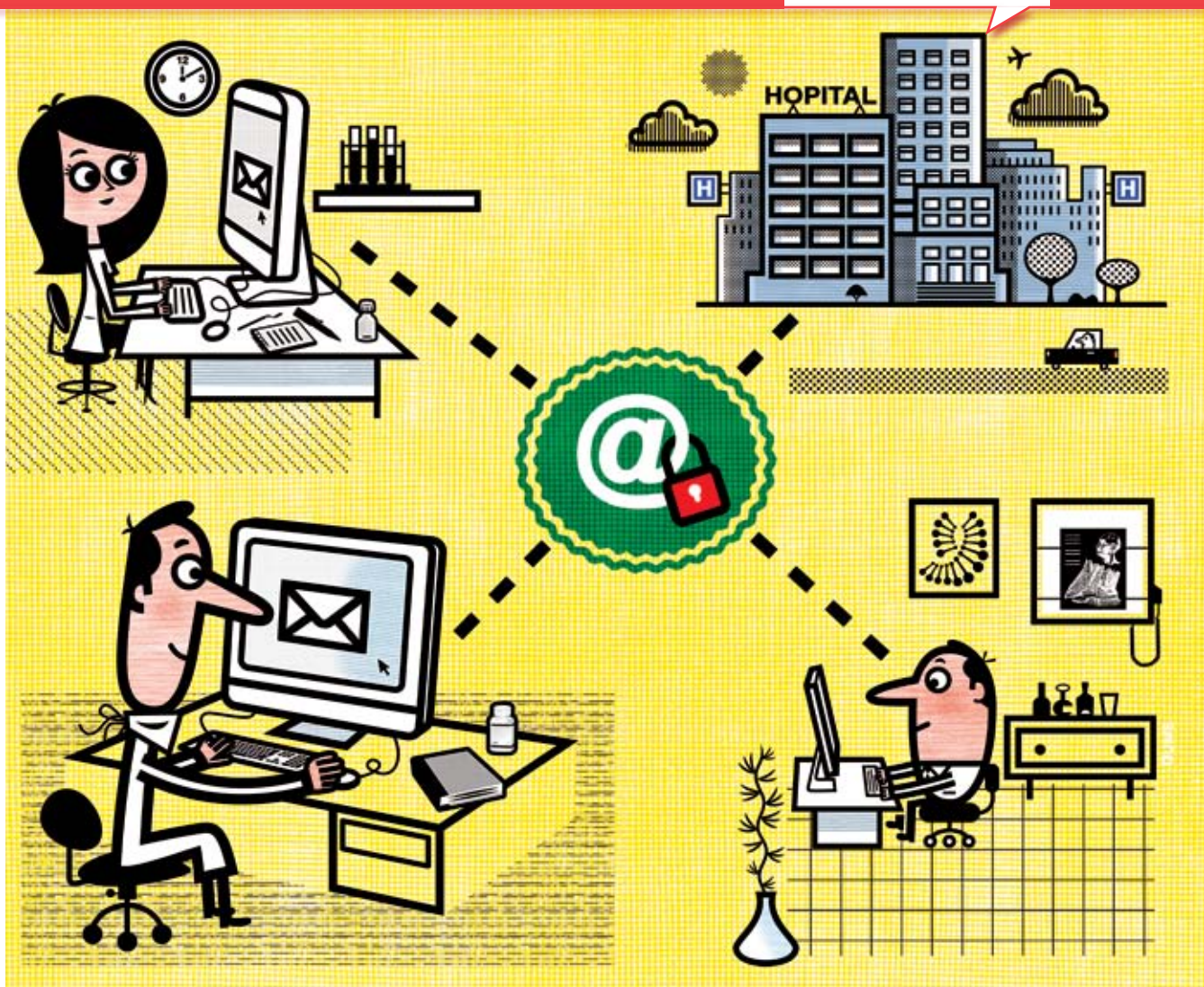
Le deuxième scénario imaginé par les auteurs, qui a d'ailleurs leur préférence, consisterait à recentrer les missions de l'OGDPC sur la formation interprofessionnelle et les priorités de santé publique. Pour le reste, *«tout ce qui a trait aux formations de DPC propre à chaque profession ou secteur d'activité [relèverait des] organismes gestionnaires spécifiques»*.

Le troisième scénario imaginé par l'Igas *«circonscrit le DPC à un socle de connaissances à actualiser que détermine le professionnel après évaluation de sa pratique»*. Un socle à *«acquérir auprès d'organismes de formation ayant été évalués»*.

Enfin le quatrième scénario envisage purement et simplement la disparition du DPC.

Ces quatre options sont désormais posées sur la table de Marisol Touraine. Gageons qu'elle prendra le pouls de toutes les professions de santé, dont bien entendu la nôtre, pour procéder à ses arbitrages. ■

(1) Rapport établi par Bernard Deume et Philippe Georges, membres de l'Igas, et Jean-Philippe Natali, interne de santé publique.



La messagerie MSSanté est opérationnelle

Le système MSSanté est un espace de confiance pour les échanges de données, par mail sécurisé, entre professionnels de santé. Intégrer ce dispositif permet de respecter ses obligations en termes de protection des données.

En juin 2013, l'Asip Santé et les Ordres professionnels ont mis à la disposition de tous les professionnels de santé le premier service MSSanté disponible gratuitement sous la forme d'un Webmail. Il est utilisable par tout professionnel de santé doté d'une carte CPS, qui souhaite disposer d'une boîte à lettres professionnelle sécurisée. C'est une évolution considérable dans le sens où, désormais, le professionnel de santé peut, en toute »»»

»» sécurité, échanger les données personnelles de santé de ses patients, dans le respect de la réglementation en vigueur.

Comment accéder à ce système sécurisé de messagerie ? Deux options s'offrent au praticien : l'une, gratuite et immédiate, *via* le Webmail mis à disposition par MSSanté, et l'autre, *via* les éditeurs de logiciels professionnels, en conservant l'adresse mail intégrée dans les fonctionnalités de son logiciel métier.

ACCÈS WEBMAIL

Cette solution est destinée au praticien utilisant jusqu'à présent une adresse mail standard pour ses échanges professionnels. Il peut donc désormais, en quelques clics, créer sa boîte mail professionnelle sécurisée *via* le Webmail de MSSanté, accessible sur le site *www.mssante.fr*.

La procédure est simple. Le praticien doit cependant au préalable se munir de sa carte CPS avant de suivre les instructions affichées sur la page Web.

Une fois votre compte activé, vous pouvez accéder à votre messagerie MSSanté sur *www.mssante.fr*, de deux façons :

– Directement avec votre carte CPS. Insérez-la dans votre lecteur de carte et cliquer sur *« Me connecter »*.

– Sans votre carte CPS. Saisissez votre adresse de messagerie MSSanté suivi de votre mot de passe associé au compte et cliquez sur *« Me connecter »*. Saisissez votre mot de passe à usage unique reçu soit par SMS sur votre téléphone mobile, soit par mail sur votre adresse personnelle. Après avoir saisi votre code d'accès à usage unique (valable dix minutes), cliquez sur *« Me connecter »*.

Une fois connecté, vous pouvez inviter un confrère à rejoindre MSSanté.

Créer sa boîte mail professionnelle sécurisée ne demande que quelques clics. Le praticien doit toutefois se munir au préalable de sa carte CPS.

ADRESSE MAIL INTÉGRÉE AU LOGICIEL MÉTIER

Cette solution, qui sera opérationnelle dans quelques mois, est destinée au praticien utilisant un logiciel métier intégrant une fonctionnalité mail et utilisant cette adresse mail. Dans ce cas, le praticien doit contacter l'éditeur de son logiciel afin de s'informer de la compatibilité de ce dernier. En pratique, les options et les tarifs de ces logiciels métiers compatibles avec MSSanté varieront

Trois raisons d'intégrer la messagerie MSSanté

1. Simplifier sa pratique et gagner du temps

Échanger par mail sécurisé avec d'autres professionnels de santé permet une meilleure coordination des soins et améliore les échanges entre la ville et l'hôpital, par exemple.
Via MSSanté, les documents que vous recevez alimentent vos dossiers informatisés.

2. Sécuriser ses échanges pour une meilleure protection

La sécurisation des échanges de données de santé à caractère personnel est une obligation qui garantit le respect des droits des patients. Le mail professionnel du praticien doit garantir cette sécurité. Avec MSSanté, la responsabilité professionnelle du praticien est protégée et un échange tracé et confidentiel des données de santé de vos patients est assuré.

3. Un espace de confiance pour échanger entre professionnels de santé

Utiliser une messagerie MSSanté, c'est rejoindre un espace de confiance commun. Toute messagerie de santé déjà existante peut être intégrée à cet espace, réservé aux professionnels de santé. Grâce à cet espace de confiance commun et à l'annuaire national MSSanté, le praticien peut retrouver rapidement les coordonnées des professionnels de santé ayant une messagerie sécurisée MSSanté en tout point du territoire.

Activer votre compte
MSSANTÉ EN QUATRE ÉTAPES

Pour activer un compte MSSanté, vous devez :

- être un professionnel de santé
- disposer d'une carte CPS et d'un lecteur de carte à puce connecté à son poste de travail
- vous rendre sur le site www.mssante.fr

❶ Configuration de votre poste

› Cliquez sur **« J'active mon compte ».**
› **Insérez votre carte CPS** dans votre lecteur de carte et munissez-vous de votre code porteur.

❷ Activation de votre adresse sécurisée

Deux options d'adresses vous sont proposées
› une adresse se terminant par **@votreordre.mssante.fr**
› une adresse générique se terminant par **@pro.mssante.fr**

Vous ne pouvez choisir qu'une seule adresse parmi les deux proposées.

❸ Configuration de votre compte

Cette configuration vous permet de vous connecter sans votre carte CPS et de recevoir des notifications à chaque réception de message.
Saisissez un **mot de passe** et choisissez un mode de réception pour le **code d'accès à usage unique.**

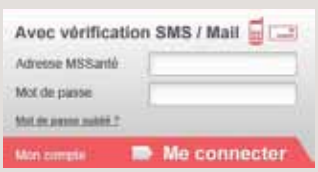
N.B. Dans la rubrique **Mon compte** vous pouvez à tout moment modifier la configuration de votre compte.

❹ Récapitulatif

Votre adresse de messagerie a été créée.
Vous recevrez **un mail récapitulatif** des informations de votre compte.
Bienvenue sur MSSanté !

Une question ? 3657 Prix d'un appel local

Accéder à votre messagerie
MSSANTÉ DE DEUX FAÇONS



❶ Avec votre carte CPS

› Insérez votre carte CPS dans votre lecteur de carte et cliquez sur **« Me connecter ».**

❷ Sans votre carte CPS

› Saisissez votre adresse de messagerie MSSanté suivi du mot de passe associé au compte et cliquez sur **« Me connecter ».**
› Saisissez votre mot de passe à usage unique reçu :
- Soit par SMS sur votre téléphone mobile
- Soit par mail sur vote adresse personnelle

› Après avoir saisi votre code d'accès à usage unique (valable 10 minutes), cliquez sur **« Me connecter ».**

Une fois connecté(e), vous pouvez inviter un confrère à rejoindre MSSanté.

Une question ? 3657 Prix d'un appel local

en fonction de la politique commerciale des éditeurs.

CAS PARTICULIER

Si le praticien utilise déjà un service de messagerie sécurisé, mais différent de MSSanté (par exemple une messagerie régionale), il devra vérifier auprès de son opérateur s'il intègre ou non le système MSSanté.
Quelle que soit l'option choisie par le praticien, MSSanté met à la disposition des professionnels de santé, en cas de difficulté technique ou pour toute question sur l'utilisation de MSSanté, une plateforme téléphonique au 3657.
Un formulaire de contact est également disponible sur *www.mssante.fr* pour toute question et permet d'être appelé dans un créneau horaire précis. Parce que MSSanté permet aux praticiens de respecter leurs obligations en termes d'échanges sécurisés, parce que ce système est conçu comme un espace de confiance entre professionnels de santé, le Conseil national encourage vivement les confrères à créer dès à présent leur boîte mail MSSanté. ■

Quel est l'impact environnemental des amalgames ?

Pour les experts européens, les conséquences des rejets d'amalgame sur l'environnement restent difficilement quantifiables, même lorsque des scénarios extrêmes sont envisagés.

Quel est l'impact réel des rejets d'amalgames dentaires dans l'environnement ? En 2008, le Comité scientifique des risques sanitaires et environnementaux (Scher) avait rendu un avis à la Commission européenne sur les *« Risques environnementaux et risques sanitaires indirects liés au mercure des amalgames dentaires »*. Mais sans réponse évidente, dans la mesure où, selon le comité scientifique, les connaissances disponibles ne permettaient pas de conclusions définitives. C'est ce même Scher qui vient de rendre un nouvel avis, sollicité par la Commission européenne, sur trois questions précises, dont nous détaillons les réponses ci-dessous.

Les émissions de mercure causées par l'usage des amalgames dentaires forment-elles un risque pour l'environnement ?

Pour le Scher, les informations restent à ce jour encore trop limitées et ne permettent pas d'évaluer précisément le risque du mercure dentaire pour l'ensemble de l'environnement. S'agissant plus spécifiquement de l'écosystème aquatique, le mercure provenant des amalgames ne constitue pas un risque majeur pour les eaux de surface. Mais pour le Scher, dans l'hypothèse de certaines situations locales extrêmes, la quantité de mercure pourrait être supérieure aux normes de qualités environnementales établies par la directive-cadre sur l'eau [1].

En l'absence d'estimations fiables concernant la concentration de mercure dans l'air et les sols, l'évaluation d'un risque local est impossible.

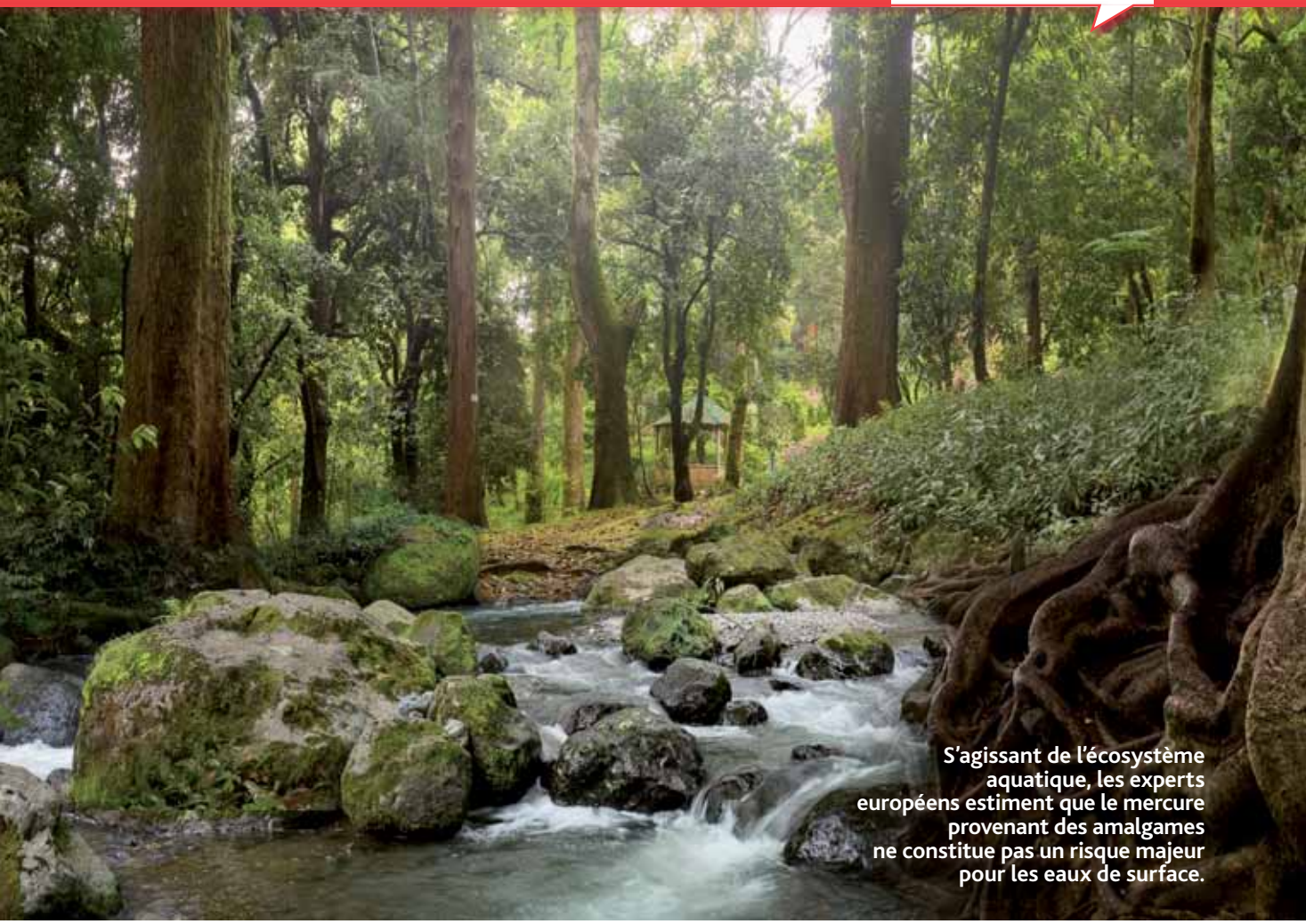
En effet, dans le pire des scénarios (densité maximale de chirurgiens-dentistes, usage maximal de mercure et absence de séparateur d'amalgame), un risque d'empoisonnement secondaire ne peut être exclu par le Scher.

En revanche, pour les sols et l'air, la concentration prévue dans l'environnement ne peut pas être estimée de façon fiable : le Scher juge qu'une évaluation du risque local est tout simplement impossible.

Est-il scientifiquement justifié de conclure que le mercure issu des

Rejets naturels et rejets via l'activité humaine

Selon les estimations du Scher, la quantité totale de mercure rejeté dans l'atmosphère en Europe, par des sources humaines, s'élève à environ 142 tonnes par an. Les émissions naturelles issues de l'activité volcanique ou des feux de forêt sont évaluées, quant à elles, à 87 tonnes. Par comparaison, les rejets dans l'atmosphère dus aux soins dentaires sont estimés à 19 tonnes par an. Autrement dit, les émissions provoquées par les amalgames dentaires représentent 8,3 % des émissions globales de mercure.



S'agissant de l'écosystème aquatique, les experts européens estiment que le mercure provenant des amalgames ne constitue pas un risque majeur pour les eaux de surface.

amalgames dentaires rejeté dans l'environnement cause de sérieux effets sur la santé humaine ?

Le mercure provenant des amalgames dentaires et de nombreuses autres sources présentes dans l'environnement peut être absorbé par la population *via* les aliments, l'eau et l'air. Néanmoins, selon le Scher, le mercure lié à l'utilisation des amalgames ne constitue qu'une fraction minime de la quantité totale de mercure à laquelle la population est exposée et il ne peut faire l'objet de traçabilité.

Toutefois, dans certaines conditions locales où la concentration de mercure dans le milieu aquatique est supérieure aux normes de qualité environnementale obligatoires en Europe, un risque d'empoisonnement secondaire chez les humains ne peut être écarté dans le cadre de la consommation de poisson. Cependant, le Scher rappelle que la loi exclut du marché les produits alimentaires dépassant la concentration maximale autorisée de mercure et d'autres métaux.

Le manque de recul scientifique ne permet pas d'établir si le recours au mercure dans les amalgames présente davantage de risques que l'usage de matériaux alternatifs.

Le risque environnemental lié à l'usage du mercure dans les amalgames dentaires est-il plus ou moins important que le risque induit par les matériaux alternatifs ?

Là encore, le manque de recul ne permet pas au comité scientifique du Scher d'établir une évaluation précise des risques. Le risque écologique des matériaux alternatifs doit être mesuré au regard du faible taux d'émission et la relative toxicité des produits chimiques en cause. Or à ce jour, il n'existe pas de preuve scientifique pour étayer ce risque, et le Scher renvoie notamment aux prochaines données scientifiques sur le BPA (bisphénol A). ■

(1) Directive 2008/105/CE du 16 décembre 2008 établissant des normes de qualité environnementale dans le domaine de l'eau.

Des testings pour lutter contre les refus de soins ?

L'accès au droit à la santé des personnes en situation de précarité n'est pas encore acquis. Tel est le constat du défenseur des droits dans un rapport contenant 12 propositions pour lutter contre les refus de soins opposés aux CMUistes et aux bénéficiaires de l'ACS et de l'AME.

Ouvrir aux bénéficiaires du RSA un accès automatique à la CMU-C. Telle est l'une des propositions phares du défenseur des droits, Dominique Baudis [1], dans son rapport intitulé *« Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS, et de l'AME »* rendu public en mars dernier. Commandé par l'ancien Premier ministre, Jean-Marc Ayrault, afin de mesurer l'ampleur du phénomène des refus de soins illégaux, le rapport du défenseur des droits dresse un état des lieux des pratiques et émet 12 recommandations pour faciliter l'accès aux soins des patients les plus précaires.

Pour réaliser ce rapport, un groupe de travail composé de représentants institutionnels dans le domaine de la santé et d'associations a été mis en place. Une série d'entretiens a été également menée auprès de différents acteurs, dont Christian Couzinou, président du Conseil national, et Myriam Garnier, secrétaire générale.

Quel constat dresse le défenseur des droits ? À partir d'enquêtes réalisées depuis une dizaine d'années par différents organismes (associations d'usagers, fonds CMU, etc.), le défenseur des droits estime que le phénomène du refus de soins est largement démontré. Pour lui, si ces pratiques illégales *« ne sont pas généralisées, elles demeurent récurrentes »*.

Le défenseur des droits recense trois types de *« justifications invoquées par les professionnels de santé »* quant à ces refus de soins : les contraintes administratives, les logiques économiques et enfin, les motifs *« liés à la condition sociale de la personne et aux stéréotypes qui s'y attachent »*. S'agissant des chirurgiens-dentistes, le rapport mentionne en particulier la non-revalorisation des actes : *« Étant tenus de pratiquer les tarifs de base de la sécurité sociale, sans dépassement, à l'égard des bénéficiaires de la CMU-C et de l'AME, y compris pour les actes prothétiques, les chirurgiens-dentistes avancent que le montant accordé par l'assurance maladie aux bénéficiaires de la*

Pour justifier les refus de soins, trois types de motifs sont invoqués : Les contraintes administratives, les logiques économiques et les stéréotypes attachés à la condition sociale.

Ce que l'Ordre aurait aimé lire dans le rapport

L'arme du testing prônée dans le rapport du défenseur des droits apparaît plus comme de l'affichage que comme un vrai moyen de lutte contre les refus de soins, qui passe par la formation et l'information des praticiens. Elle passe aussi, et le Conseil national aurait aimé le lire dans le rapport du défenseur des droits, par un accompagnement des patients en situation de précarité, dont beaucoup placent les praticiens dans des situations difficiles du fait des rendez-vous manqués. La question des prothèses réalisées mais non posées, qui restent donc à la charge des praiciens, demeure sans réponse à ce jour. Ces réalités n'ont jamais donné lieu à l'instauration de mesures concrètes par les pouvoirs publics.

CMU-C ou de l'AME pour la mise en place de prothèses ne suffit pas à couvrir leur coût.»

Au-delà des refus de soins, le défenseur des droits expose les difficultés que connaissent les patients pour accéder à leurs droits, même si, pour lui, le non-recours reste une *«réalité complexe»* à appréhender.

À l'aune de ces constats, le défenseur des droits avance 12 propositions pour améliorer l'accès aux soins des personnes précaires et pour lutter contre le refus de soins. Il s'agit d'abord de *«simplifier le droit»*, par exemple en ouvrant aux bénéficiaires du RSA un *«accès automatique, sans aucune démarche à effectuer»* à la CMU-C et, aux bénéficiaires de l'Aspa [2], un *«accès automatique à l'ACS»* [3]. Il avance ensuite trois propositions pour mieux *«promouvoir les droits»* des personnes, parmi lesquelles l'instauration de modules de formation des professionnels de santé sur la problématique d'accès aux soins et de lutte contre les refus de soins.

Le défenseur des droits entend également susciter l'engagement des acteurs avec une proposition consistant à promouvoir *«l'implication des Ordres et de la Cnamts dans la mise en œuvre de testings scientifiques»* indépendants. L'Ordre partage l'objectif avancé par le défenseur des droits, mais quant à cet outil spécifique de *testing*, il ne lui paraît pas opportun *(lire l'encadré)*.

Le défenseur des droits avance ensuite des propositions visant à mieux prévenir et détecter les refus de soins, notamment en confiant aux Agences régionales de santé (ARS) la fonction de guichet unique pour le recueil des plaintes, leur transmission aux CPAM et aux Ordres. Enfin, il souhaite renforcer les droits des victimes des refus de soins et, pour ce faire, en appelle à une modification du Code de la santé publique qui mentionnerait une *«typologie des principales situations caractérisant les refus de soins»*. ■

(1) Dominique Baudis, défenseur des droits, ancien maire de Toulouse, est décédé le 10 avril dernier.

(2) Allocation de solidarité aux personnes âgées. Destinée aux personnes âgées disposant de faibles revenus en vue de leur assurer un niveau minimal de ressources, l'Aspa remplace le minimum vieillesse depuis 2006.

(3) Acquisition d'une complémentaire santé. Il s'agit d'une aide financière pour les personnes dont les ressources se situent au-dessus du seuil permettant de bénéficier de la CMU.

L'histoire dentaire en un clic sur le Web

Le Musée virtuel de l'art dentaire est désormais en ligne. Il regroupe des collections issues de plusieurs musées sur un site Internet. Une initiative unique en son genre pour découvrir l'histoire et l'évolution de la profession.

Annoncé depuis plus d'un an, le musée de l'art dentaire est enfin en ligne sur le site *http://www.biusante.parisdescartes.fr/mvad/001.htm*. Seule une première partie de ce travail de longue haleine est visible, sachant que les autres apparaîtront à intervalles réguliers. Œuvre de conservation et d'histoire, le Musée virtuel de l'art dentaire (MVAD) retrace l'histoire de l'art dentaire grâce à une très riche iconographie composée de nombreuses photos de personnages historiques, de gravures, d'objets et d'instruments, classés par époque et par domaine. Une abondante bibliographie vient également enrichir et contextualiser les documents numérisés.

Pour réaliser ce projet, l'association du Musée virtuel de l'art dentaire s'est créée sous l'impulsion de Guy Robert, son président. L'objectif du musée est de rassembler les reproductions d'instruments et d'objets issus du fonds de divers musées.

Pélican de Carabelli, type Bourdet. Vienne, c. 1840.

Pélican-tiretoire entièrement travaillé, XVIIIe siècle, façon XVIIe siècle.

Tiretoire à crochet réglable par vis, insculpé Luer c. 1850.

Pélican en buis à un crochet, Italie, XVIIIe siècle.

À commencer par le musée de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AH-HP) qui avait recueilli l'impressionnante collection du musée Pierre-Fauchard. Mais aussi le Musée dentaire de Lyon et le musée de Rouen. Certaines pièces proviennent également de collections privées, dont celle de l'Association de sauvegarde du patrimoine de l'art dentaire (Aspad). En pratique, l'association fonctionne en partenariat avec la bibliothèque interuniversitaire de santé de Paris (BIU Santé), qui assure l'infographie et la maintenance technique du site Internet, et l'Aspad.

Pour retracer l'histoire de l'art dentaire, Micheline Ruel-Kellerman et Pierre Baron ont entrepris un gigantesque travail de sélection des pièces mais aussi, bien sûr, de recherche bibliographique pour ›››

Pélican tiretoire à crochet réglable, début XIXe siècle.

Pélican, fin XVIIe siècle-début XVIIIe siècle.

»» placer tous les objets publiés sur le site dans leur contexte.
Chaque pièce a été photographiée en haute définition, numérisée puis éditée sur le site Web du musée virtuel. En un clic, l'internaute peut agrandir la photo de l'instrument et apprendre son histoire et sa particularité grâce à un commentaire associé. Techniquement, la plupart des musées ont fourni l'iconographie au musée d'après un cahier des charges élaboré par l'association MVAD. Parmi les plus belles pièces sélectionnées figurent certains documents présentés lors de l'exposition sur l'histoire de l'art dentaire organisée en 1992 au couvent des Cordeliers de Paris à l'occasion du centenaire du diplôme de chirurgien-dentiste.
Outre le travail de mémoire, l'objectif de cette entreprise, unique en son genre, est d'organiser les collections de manière à mettre en scène de manière didactique l'histoire de l'art dentaire dans une perspective chronologique et cohérente. Un grand nombre de pièces peuvent ainsi être examinées, notamment celles du musée de l'AP-HP, fermé jusqu'à nouvel ordre.
Les premières pages du site Internet s'ouvrent sur un chapitre consacré aux pélicans et tiretoires, instruments inventés au XVIe siècle pour extraire les dents. *«Le contenu du site Internet est évolutif, et quelques années seront nécessaires pour retracer l'histoire de notre profession jusqu'à aujourd'hui»*, explique Guy Robert.
De nombreux organismes professionnels, dont le Conseil national des chirurgiens-dentistes, se sont fédérés autour de ce projet pour lui apporter un soutien financier.
Au-delà du musée virtuel, l'association MVAD milite pour l'intégration de modules d'histoire dans les études dentaires ainsi que la publication de thèses sur ce thème avec la création d'un prix pour la meilleure thèse historique.
«Par ce moyen moderne, nous donnons une nouvelle vie aux objets. Nous ne pouvons pas appréhender l'avenir de notre profession sans en connaître son histoire», insiste Guy Robert. ■

Le soutien de l'Ordre et de la profession

Le Musée virtuel de l'art dentaire a été fondé avec le soutien actif de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD) (représenté par Paul Samakh, vice-président de l'association), de l'Académie nationale de chirurgie dentaire (ANCD), de la Société française d'histoire de l'art dentaire (SFHAD), de l'Association dentaire française (ADF), de la Confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD), de l'Association pour la prévoyance, l'épargne et la retraite (Aper) et de l'Union des chirurgiens-dentistes retraités (UCDR).

Site Internet du MVAD http://www.biusante.parisdescartes.fr/mvad/001.htm
Page Facebook : Musée virtuel de l'art dentaire
Pour toute correspondance et information : mvad2014@gmail.com

Charte ordinale
LE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Éléments nécessaires et suffisants
Juin 2014

Qui doit délivrer l'information ?

L'information doit être délivrée par le praticien qui réalise l'acte médical. En cas d'équipe pluridisciplinaire, chaque intervenant doit délivrer personnellement l'information qui relève de son domaine, une synthèse de toutes ces informations pouvant être délivrée par le prescripteur ou le référent du groupe. Cette information ne peut être déléguée à un tiers, une reformulation par l'assistante dentaire étant néanmoins possible.

Pourquoi informer ?

L'information délivrée par le chirurgien-dentiste doit permettre au patient de prendre la décision d'accepter ou de refuser un traitement, et de choisir entre différentes techniques, et ce en toute connaissance de cause [1].

Que doit contenir l'information ?

L'information doit porter [2] sur tout ce qui entoure et fait l'acte envisagé ou réalisé : l'accueil, les conditions de prise en charge, l'utilité de l'acte, son urgence éventuelle, les techniques utilisées, les alternatives, le rapport risques (fréquents ou graves prévisibles)/ bénéfices (escomptés) de chaque technique proposée, leur coût, le déroulement et l'organisation des soins, les temps d'intervention, les suites opératoires possibles, les médications et examens complémentaires nécessaires, les précautions à prendre, le suivi envisagé, les conséquences prévisibles en cas de refus de l'acte... Tout en restant loyal, le chirurgien-dentiste doit indiquer quelle est sa préférence, et pourquoi. Il a un véritable devoir de conseil. En cas de survenue d'un incident durant la réalisation de l'acte médical, le praticien devra en informer son patient [3].

Sur quels éléments doit porter l'information ?

L'information, tenant compte de l'état de santé connu du patient, doit porter sur son état bucco-dentaire et sur tous les types d'actes envisagés ou réalisés, qu'ils soient à visée diagnostique, préventive, thérapeutique ou esthétique [4].

(1) Articles R. 4127-233 et R. 4127-236 du CSP. **(2)** Article L. 1111-2 du CSP. **(3)** Article L. 1142-4 du CSP. **(4)** Article L. 1111-2 du CSP.

Comment le praticien doit-il informer ?

Le chirurgien-dentiste doit tenir compte des particularités propres à chaque patient.
Les composantes d'âge, de niveau socioculturel, de handicap éventuel, la dimension psychologique, et la compréhension de la langue française doivent être prises en compte [5].
L'information doit être adaptée à l'état de santé du patient, elle doit être personnalisée, hiérarchisée, claire et compréhensible.
L'information doit être délivrée dans de bonnes conditions, et dans un environnement favorable à la compréhension et à l'écoute.
L'entretien doit être individuel, mais le patient peut, s'il le désire, faire le choix d'être assisté.
La délivrance de l'information est orale. Elle peut être complétée par différents outils didactiques tels des modèles, des photographies, des schémas...
Des documents écrits peuvent être remis au patient en complément. Ils doivent être personnalisés, clairs, simples et compréhensibles.
Le chirurgien-dentiste doit s'assurer de la compréhension de son patient ; il peut l'interroger, l'inviter à reformuler, à poser des questions, lui proposer de fixer un nouveau rendez-vous afin de rediscuter du sujet.

Comment prouver la délivrance de l'information

Sauf cas particuliers, la loi n'impose pas de recueillir le consentement éclairé du patient par écrit, un écrit restant contestable.
L'information orale doit toujours primer.
En cas de litige, il appartient au chirurgien-dentiste d'apporter la preuve que l'information a bien été délivrée au patient, et que ce dernier a bien pleinement consenti à l'acte médical.
Les documents remis au patient, et/ou signés par lui ne sauraient contenir des clauses exonérant le praticien de sa responsabilité professionnelle.
La preuve doit être apportée par tout moyen [6].
Parmi les éléments pouvant fonder le faisceau de preuves établissant la bonne délivrance de l'information et la bonne compréhension du patient, on peut citer :

✔ Le dossier médical/dentaire (élément essentiel)

- Il doit être correctement rempli et tenu à jour.
- On doit y trouver le questionnaire médical complet et actualisé.
- Le schéma dentaire doit être renseigné et actualisé.
- Il doit contenir les éventuels éléments complémentaires (radiographies, photographies, comptes rendus opératoires, bilans sanguins, courriers d'échanges avec d'autres professionnels de santé, devis...)

✔ L'entretien de délivrance de l'information

Doit être reporté dans ce dossier [7] et inclure sa date, les conditions de l'entretien, ses modalités, les schémas effectués, la présence d'un accompagnant éventuel, les remarques du patient, les protocoles mis en œuvre...

✔ Les documents remis au patient

(5) *Recommandations de bonne pratique*, « Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé », HAS, mai 2012.
(6) Article L. 1111-2, alinéa 7, du CSP.
(7) *Recommandations de bonne pratique*, « Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé », HAS, mai 2012.

et la validité du consentement ?

✔ **Le délai de réflexion**
En témoignent le nombre de rendez-vous, leur espacement, leur durée et leur compte rendu dans le dossier, les actes réalisés au préalable, le suivi du patient, le motif des rendez-vous, les notes dans le dossier patient, le fait que le patient soit revenu en consultation ou qu'il se soit rendu dans un cabinet éloigné de son lieu de vie, le cahier de rendez-vous, le témoignage de l'assistante…

✔ **Le fait d'avoir adressé le patient à un confrère, à un spécialiste…**
Pour avis, réalisation d'examens complémentaires, réalisation d'actes particuliers…

✔ **Les examens complémentaires demandés**
Bilans sanguins, radiographies, scanners…

✔ **Les documents fournis par le patient.**
Anciennes radiographies, anciennes photographies, devis précédents…

✔ **L'organisation du cabinet**
Protocoles habituels du cabinet, matériel à disposition, modèles de démonstration, rôle de l'assistante…

✔ **Les « affichages » du cabinet**
Tarifs, modalités de rendez-vous, rendez-vous manqués, non décommandés à l'avance, spécificités éventuelles…

✔ **Les documents signés par le patient**
Les différentes propositions de devis, les plans de traitement détaillés fournis par le praticien, les obligations de suivi, les risques prévisibles…
Les documents signés pour certains actes « lourds » et nécessitant une obligation de suivi (par exemple en ODF, parodontologie, implantologie, etc.)…

✔ **Les documents écrits que le cabinet doit obligatoirement délivrer**
Les devis, les documents afférents aux dispositifs médicaux et sur mesure…

Quelle est la durée de validité de l'information ?

La délivrance de l'information ne valant que pour l'état de santé du patient et les données avérées de la science à un moment précis, elle devra être renouvelée après un certain laps de temps.

La dispense d'information

✔ **Patient hors d'état de recevoir l'information : deux cas de figure** [8]

- **L'urgence médicale**
  Si le patient n'est pas en état de recevoir l'information ou d'exprimer sa volonté, en cas d'urgence vitale, le praticien peut pratiquer l'acte.
- **L'absence d'urgence médicale**
  Le patient n'est pas en état de recevoir l'information ou d'exprimer sa volonté, mais il n'y a pas d'urgence médicale : le praticien doit rechercher le consentement éclairé de la personne de confiance, de la famille, ou, à défaut, de l'un des proches du patient.

✔ **La volonté du patient d'être tenu dans l'ignorance** [9]
Le patient peut refuser de recevoir l'information. Il est conseillé au praticien de conserver une preuve de ce refus.

(8) Articles L. 1111-2, alinéa 2, L. 1111-4, alinéa 4, et L. 1111-6 du CSP.
(9) Article L. 1111-2, alinéa 4, du CSP.

Les cas particuliers

✔ Les incapacités [10]

- **Les mineurs** L'information doit être délivrée aux titulaires de l'autorité parentale ou au tuteur, le mineur restant en droit de recevoir l'information et de participer à la prise de décision. L'information doit alors être adaptée à son niveau de compréhension.
- **Les majeurs sous tutelle** L'information doit être délivrée au tuteur et au majeur sous tutelle, s'il le désire, en s'adaptant, là aussi, à son niveau de compréhension.

✔ L'information sur le coût de l'acte médical [11]

Une affiche contenant les informations relatives aux honoraires doit être établie. Elle doit être apposée en salle d'attente. Elle doit être visible, lisible, et actualisée. Un devis préalable doit être établi et présenté au patient pour tous les actes d'un montant supérieur à 70 euros. Lorsque l'acte inclut la fourniture d'un dispositif médical sur mesure doit être remise au patient une information écrite comprenant de manière dissociée :

- le prix de vente de l'appareil proposé ;
- le montant des prestations de soins assurées par le praticien ;
- le montant de l'ensemble des prestations associées ;
- le montant du dépassement facturé.

✔ Le devoir d'information en matière d'actes incluant la fourniture d'un dispositif sur mesure [12]

C'est le cas en matière prothèse dentaire. La loi impose au chirurgien-dentiste de remettre au patient des documents garantissant la traçabilité et la sécurité des matériaux utilisés. Le lieu de fabrication du dispositif sur mesure doit être précisé.

✔ Le devoir d'information en matière d'actes incluant la fourniture d'un dispositif implantable [13]

Pour les implants dentaires, par exemple, le praticien doit remettre au patient un document mentionnant l'identification du dispositif médical utilisé, le lieu et la date d'utilisation, le nom du praticien.

✔ Le devoir d'information en matière de chirurgie esthétique [14]

Le Code de la santé publique et la jurisprudence imposent une obligation d'information renforcée en matière de chirurgie esthétique.

✔ L'expérimentation [15]

La loi encadre d'une façon très stricte les interventions réalisées dans ce contexte. Le consentement libre et éclairé de la personne doit être recueilli par écrit, après qu'elle aura reçu les informations prévues par la loi.

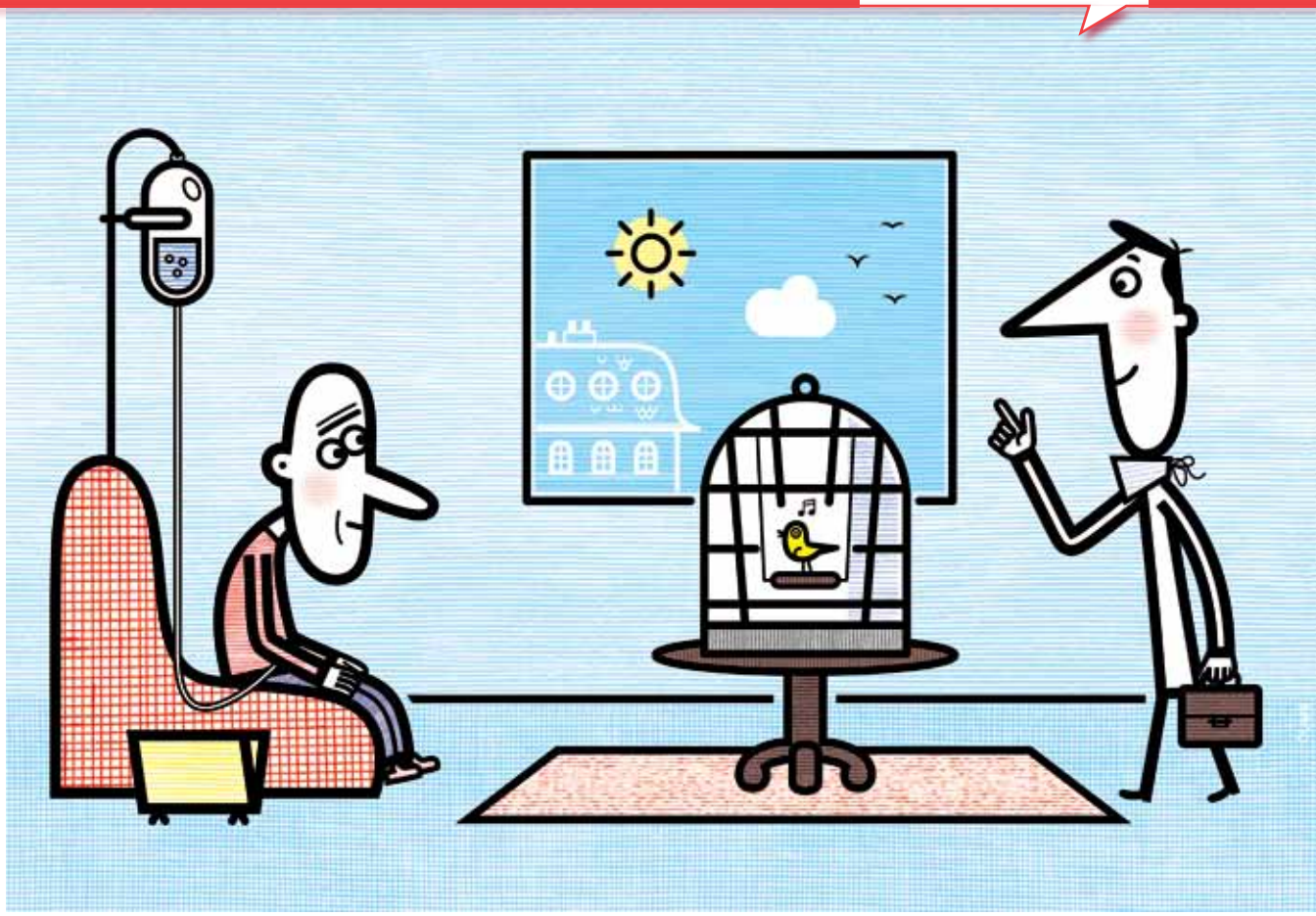
✔ L'enseignement

En cas d'interventions faites dans le cadre d'une formation ou d'un enseignement, le patient doit en être informé. Le statut de «stagiaire», d'élève... de l'intervenant doit également lui être précisé.

✔ L'information en matière d'échange et de partage des données de santé personnelles [16]

Le patient doit être averti en cas d'échange de données entre plusieurs praticiens, et il doit y consentir ; il dispose d'un droit d'opposition.

(10) Articles L. 1111-2 et L. 1111-5 du CSP. **(11)** Articles L. 1111-3, R. 1111-21, R. 4127-240 du CSP, arrêté du 2 octobre 2008 et modèle, affiche, tarifs téléchargeables sur le site de l'ONCD : http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/chirurgiens-dentistes/securisez-votre-exercice/divers/affichages-obligatoires.html **(12)** Articles L. 1111-3, alinéa 1, et R. 5211-51 du CSP. **(13)** Article R. 5212-42 du CSP et passeport implantaire ONCD : http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/chirurgiens-dentistes/securisez-votre-exercice/pratiques-professionnelles-vigilances/implantologie.html **(14)** Articles L. 6322-2 et D. 6322-30 du CSP. **(15)** Article L. 1122-1 du CSP. **(16)** Articles L. 1111-4, alinéa 3, et L. 1110-4 du CSP.



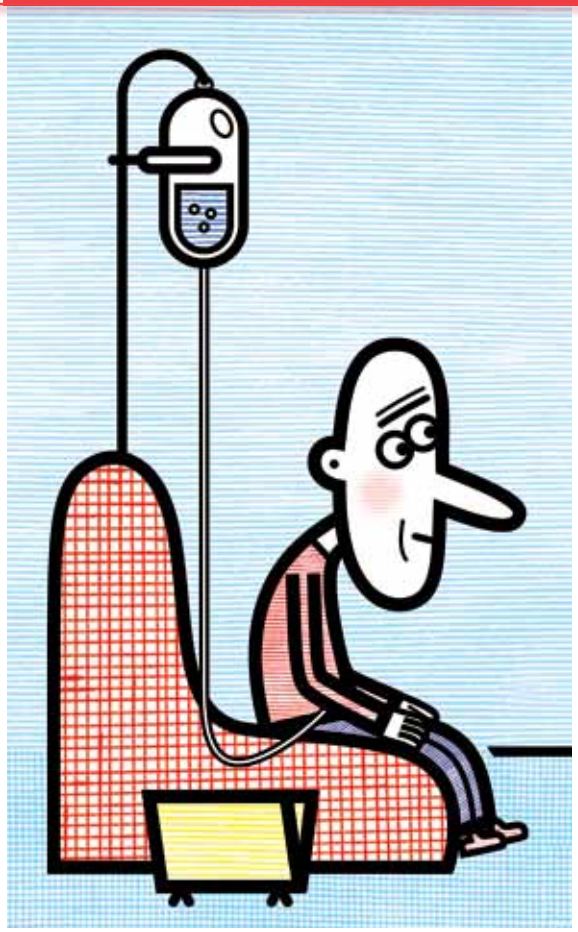
Un parcours de soins pour le 4e âge

Optimiser l'efficience des soins et maîtriser les dépenses de santé : tels sont les deux objectifs du projet Paerpa, destiné à améliorer la qualité de vie des personnes âgées de plus de 75 ans en risque de perte d'autonomie.

« *Recevoir les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures au bon moment, le tout au meilleur coût.* » Tels sont les objectifs ambitieux d'une expérimentation nationale destinée à améliorer la prise en charge sanitaire des personnes âgées de 75 ans et plus, appelée Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (Paerpa).

Financées par l'État dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale, ces expérimentations devraient se dérouler sur la période 2013-2017 et ciblent les personnes âgées qui mobilisent, selon les estimations, entre le quart et la moitié du budget des dépenses publiques en matière de santé. Car c'est bien d'une optimisation qualitative (efficience des soins aux personnes en risque de dépendance) et budgétaire (maîtrise des dépenses affectées à ce public) qu'il s'agit ici.

Dans son principe, le Paerpa doit permettre d'améliorer la qualité de vie des personnes »»



»» âgées en risque de perte d'autonomie – et de leurs aidants –, d'adapter les pratiques professionnelles au parcours de santé de ces personnes et de créer des conditions favorables à la transversalité et à la coordination des acteurs concernés.

Concrètement, il s'agit de limiter le recours à l'hospitalisation de ces personnes âgées en poussant en avant une alternative : les soins à domicile. Pour atteindre ces objectifs, le Paerpa consiste en une coordination territoriale cohérente entre les instances sanitaires, médico-sociales et sociales, dans le but de décloisonner les pratiques et d'encourager une approche pluridisciplinaire.

Les établissements de santé et médico-sociaux devront également se mobiliser afin de repenser la gestion des transitions Ville – Hôpital – Ehpad (Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) afin de préparer de manière plus efficace le retour au domicile des patients, mais aussi de fluidifier la transmission des informations de la prise en charge.

En pratique, le Paerpa est articulé localement par une coordination clinique de proximité qui regroupe, sous l'égide du médecin traitant, les professionnels de santé : infirmier, pharmacien d'officine et tout autre professionnel de santé, en fonction des besoins, comme, par exemple, le chirurgien-dentiste. Ces professionnels de santé devront travailler en coordination au plus près de la personne âgée et le plus en amont possible de la perte d'autonomie.

Une approche pluridisciplinaire est encouragée par l'instauration d'une coordination clinique de proximité sous l'égide du médecin traitant.

Les systèmes et les échanges d'informations (messageries sécurisées de santé, DMP, etc.) ont été identifiés comme des outils primordiaux pour favoriser cette coordination. Ainsi, un décret [1] est venu préciser les conditions de la transmission d'informations entre les professionnels participant à la prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, dans le cadre de projets pilotes. Ce décret prévoit que la transmission des informations relatives à la santé, la situation sociale ou l'autonomie d'une personne en risque de perte d'autonomie requiert le consentement exprès de l'intéressé. La transmission ne peut se faire qu'à l'attention des professionnels ayant signé une charte précisant, dans le respect des Codes de déontologie des professions qui en sont dotées, les principes éthiques, déontologiques et de confidentialité afférents à la prise en charge des personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

Un projet de charte a été soumis aux Ordres des professionnels de santé dont celui des chirurgiens-dentistes. Leur avis est en effet requis avant la parution au *Journal officiel* de l'arrêté qui portera cette charte, laquelle rappelle notamment que les informations sur l'état de santé ne peuvent être transmises qu'à des professionnels de santé.

Neuf projets pilotes dans les zones énumérées ci-dessous ont été retenus pour ces expérimentations : Bordeaux, le sud-est de l'Indre-et-Loire, le Nord parisien, le sud de la Corrèze, la communauté urbaine du Grand Nancy, les Hautes-Pyrénées, la Mayenne, le territoire du Valenciennois-Quercitain (Nord) et le nord de la Bourgogne. ■

(1) Décret n° 2013-1090 du 2 décembre 2013.

Tube PRF : l'indispensable marquage CE

Au-delà de ses obligations en termes de compétence et de respect des bonnes pratiques lorsqu'il recourt au PRF, le chirurgien-dentiste doit impérativement utiliser des tubes marqués CE et vérifier que le marquage correspond bien à l'usage auquel il destine ce produit.

En chirurgie dentaire comme en médecine, l'usage des concentrés plaquettaires autologues est de nos jours largement répandu. Depuis de nombreuses années, le protocole PRF *(Platelet Rich Fibrin)* est le plus utilisé en France pour ses propriétés cicatrisantes.

Sur le plan des pratiques, les chirurgiens-dentistes qui utilisent ces concentrés plaquettaires doivent se conformer rigoureusement à leurs obligations déontologiques et être formés en particulier :

- au prélèvement sanguin ;
- à la préparation extemporanée ;
- à l'utilisation du PRF.

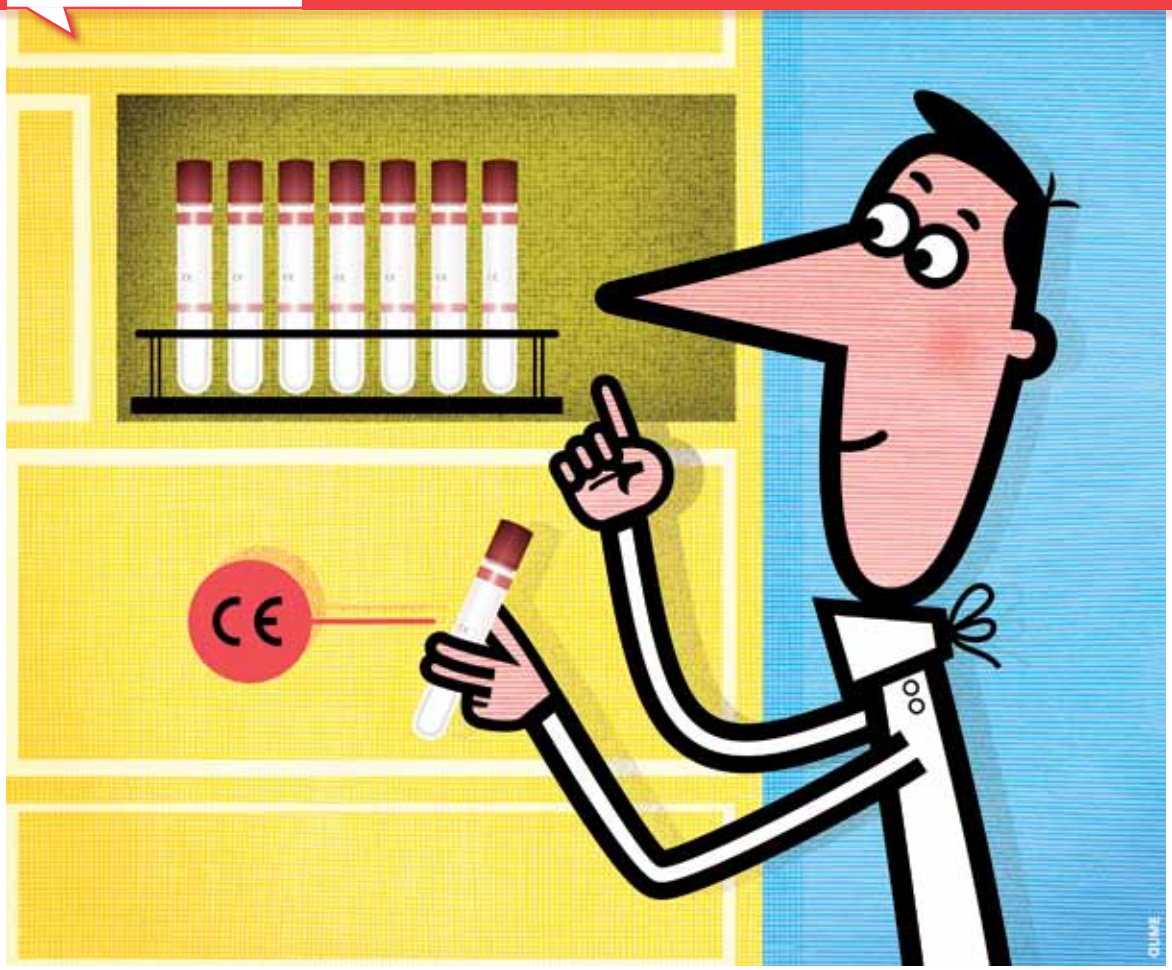
Les praticiens doivent aussi respecter les règles de bonne pratique de soins, notamment pour assurer la sécurité des patients en matière de risques infectieux. La Direction générale de la santé (DGS) mentionnait d'ailleurs cette exigence dans son *Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie* (2e édition, juillet 2006).

On le sait, la technique de fabrication des concentrés plaquettaires nécessite des tubes de prélèvement stériles, sous vide. Lorsque ces procédés ont fait leur apparition dans les années 2000, l'usage des tubes de prélèvement de sang de laboratoire était courant. Connus sous l'appellation DMDIV (dispositifs médicaux pour diagnostic *in vitro*), ils sont fabriqués selon les normes de la directive européenne CE 97/43.

En 2012, l'ANSM rappelait à tous les fabricants et distributeurs que la seule réglementation qui s'appliquait à ce type de produits était la directive européenne CE 93/42. Cette directive, qui énonce les règles relatives à la fabrication et à la mise à disposition des dispositifs médicaux, a été transposée en France dans l'article L. 5211-1 du Code de la santé publique. Son libellé définit le dispositif médical comme *« tout instrument, appareil, équipement, matière, produit, à l'exception des produits d'origine humaine, ou autre article utilisé seul ou en association, y compris les accessoires et logiciels nécessaires au bon fonctionnement de celui-ci, destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale voulue n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens ».*

Ce n'est pas l'utilisation du produit qui permet de le qualifier, mais la destination que lui assigne le fabricant.

En 2013, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) apportait des précisions importantes sur ce point. Dans un courrier adressé au Conseil national, l'ANSM indiquait que, lorsqu'un *« fabricant met ces tubes sur le marché et les destine spécifiquement à [l'usage du PRF] dans une finalité médicale, en le mentionnant dans sa notice et sur l'étiquetage, alors ces produits doivent répondre à la définition de dispositif médical ».* Et l'ANSM d'en tirer la conséquence suivante : *« Ces tubes doivent, dans ce cas, être marqués CE au titre de la directive 93/42/CEE. »* »»



»» Très clairement donc, ce n'est pas l'utilisation du produit qui permet de le qualifier, mais la destination que lui assigne le fabricant. L'Agence insiste par conséquent et fort logiquement sur la responsabilité du praticien. Il incombe en effet au chirurgien-dentiste de rechercher, sur le marché, des produits appropriés à l'usage auquel il les destine, et de vérifier si le marquage correspond bien à cet usage.

Les assurances relayent, bien entendu, cette question de la responsabilité du chirurgien-dentiste, avec des conséquences très concrètes en termes de garantie. À l'instar de l'ANSM, elles rappellent régulièrement qu'il relève de la responsabilité du chirurgien-dentiste de recourir aux produits adaptés à sa pratique.

Dans un courrier récent adressé au Conseil national, un assureur écrit que l'utilisation, par le chirurgien-dentiste, de tubes non marqués CE au titre de la directive 93/42 est *« susceptible de fragiliser la défense du praticien devant un tribunal, tant nous connaissons la sensibilité des magistrats dans le domaine de la qualité des matériels utilisés en cours de soins »*. Pour cet assureur, l'absence de marquage CE des tubes *« accroît sensiblement le périmètre de responsabilité du chirurgien-dentiste »*. En pratique, cet assureur ne délivre pas sa garantie dès lors que le praticien utilise des tubes sans marquage. Précisons que le marquage CE des DMDIV concerne exclusivement les tubes destinés à un examen de laboratoire et ne permet en aucune manière d'envisager la réinjection d'une partie du contenu du tube dans l'organisme.

En l'absence de marquage CE, le praticien accroît sensiblement le périmètre de sa responsabilité et ne peut se prévaloir de la garantie de son assurance.

On l'aura compris et nous n'insisterons jamais assez sur ce point, le marquage CE constitue une garantie pour le patient et pour le praticien. Le marquage CE signifie le respect, par le fabricant du tube, des exigences essentielles de sécurité. ■

Paul Samakh

Une réunion franco-allemande

Le Conseil national s'est rendu à Berlin le 8 avril dernier pour un échange de vues avec son homologue allemand, le Bundeszahnärztekammer (Bzäk), autour de sujets d'actualités parmi lesquels la nouvelle nomenclature allemande, lancée en 2013, et le système CCAM, en France. Notons qu'un institut allemand travaille sur une grille comparative des tarifs pratiqués par les chirurgiens-dentistes en Europe. La future carte professionnelle européenne a fait l'objet d'échanges auxquels ont pris part Gilbert Bouteille, vice-président du Conseil national, et Christian Kaempf, conseiller national. Les membres de la Fédération des autorités compétentes et régulateurs dentaires européens (Fedcar) et du Conseil européen des chirurgiens-dentistes (CED) restent pour l'instant réservés sur cette carte, le réseau IMI actuellement utilisé étant jugé suffisant. Autre sujet, particulièrement complexe, abordé : l'accès partiel des professionnels de santé aux spécialités de leur profession. Même s'il a nature d'exception, il est inclus dans la nouvelle directive sur la reconnaissance des qualifications professionnelles, et le Bzäk, comme le Conseil national, regrettent l'introduction de ce principe pour les spécialités dentaires tout en s'attachant à vérifier comment les nombreuses conditions requises pourraient cependant être remplies.

Le centenaire de Pierre Henry

Le Dr Pierre Henry, entouré de sa famille, de ses amis et de ses confrères, pour la plupart ordinaux, a fêté, le 6 avril dernier, son centième anniversaire lors d'un cocktail à Rennes. Installé en tant que praticien libéral à Rennes en 1936, il n'aura jamais failli dans son engagement au service de l'Ordre : il sera président du conseil départemental d'Ille-et-Vilaine pendant 35 ans (de 1953 à 1988) et conseiller national représentant la région Bretagne Basse-Normandie pendant 25 ans (de 1960 à 1985). Après un très émouvant discours de Pierre Henry, c'est dans une chaleureuse ambiance conviviale que de nombreux souvenirs ont été évoqués.

Disparition

C'est avec une grande tristesse que nous vous informons du décès du **Dr Guy-Yves Lefranc** à l'âge de 82 ans. Il fut élu président du conseil départemental des Ardennes en 1985, fonction qu'il occupa pendant de nombreuses années. Le Conseil national de l'Ordre lui a décerné la médaille d'argent en 2003.

Le conseil départemental des Ardennes, auquel se joint le Conseil national de l'Ordre, présente ses plus sincères condoléances à sa famille.

Une charte pour le consentement éclairé

La charte du Conseil national sur le consentement éclairé a été conçue comme un outil d'accompagnement au quotidien pour le praticien.

Les praticiens sont parfois désemparés sur la question du consentement éclairé du patient, notamment dans son expression juridique, voire parfois, hélas! judiciaire. Nous exerçons une profession médicale et, en ce sens, nous maîtrisons les enjeux qui sont en cours lors du colloque singulier que nous établissons avec nos patients. Mais nous ne sommes pas juristes!

C'est pour répondre concrètement aux interrogations des confrères que l'Ordre publie, dans ce numéro de *La Lettre*, une charte du consentement éclairé qui, précisons-le d'emblée, n'est pas un document type. L'objectif de cette charte : connaître l'essentiel et comprendre quels sont les éléments nécessaires et suffisants à l'obtention du consentement éclairé du patient.

Le consentement éclairé relève d'abord et avant tout d'un enjeu médical. Mais

c'est aussi, depuis la loi dite « Kouchner », une obligation légale qui génère une jurisprudence nombreuse. Même si cette jurisprudence est constante (par exemple, les documents stéréotypés à faire signer par le patient ont une valeur très relative, pour ne pas dire nulle), les praticiens, au quotidien de leur exercice, ont besoin d'un outil pratique.

LA DIMENSION HUMAINE COMME PRÉALABLE

Il convient de savoir que, si le consentement éclairé est bien défini dans le Code de la santé publique, il n'existe pas, en pratique, une seule et unique façon de procéder pour le recueillir.

De nombreuses questions émanant des confrères en témoignent : doit-on produire de façon systématique un document écrit à cet effet ? Le document signé de la main du patient protège-t-il le praticien en cas de litige ? Comment savoir si le patient a bien compris les informations délivrées par le praticien avant la réalisation de l'acte médical ? Comment prouver que le praticien a respecté son obligation d'information ?

Afin de répondre de façon claire et précise à toutes ces questions, l'Ordre propose donc aux confrères cette charte, qui sera réactualisée en fonction d'éventuelles évolutions jurisprudentielles et législatives.

Rappelons que la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé est venue renforcer les obligations d'information et de consentement éclairé : « *Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. [...] Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment* [1]. »

Le patient dispose du droit fondamental d'accepter ou de refuser l'acte ou le traitement médical qui lui est proposé. Ce droit a pour corollaire l'obligation d'information du praticien. Car, s'il est libre, le consentement du patient doit aussi être éclairé.

Face à la judiciarisation actuelle, le chirurgien-dentiste doit certes se prémunir. Mais, encore une fois, il a le devoir de ne pas oublier l'enjeu éthique, fondateur des textes de loi : la qualité de la relation du praticien avec son patient doit primer. Le praticien a un devoir de conseil.

Rappelons pour conclure que la charte de l'Ordre ne doit pas se lire comme un document type. Il est important de souligner que le praticien doit nécessairement adapter l'élaboration du consentement aux particularités de chaque patient. Cette dimension humaine est fondamentale. ■

(1) Articles L. 1111-2 et L. 1111-4 du Code de la santé publique.

>>>

«Intégrer le consentement éclairé dans une démarche globale»

Entretien avec Alain Moutarde, secrétaire général du Conseil national, président de la commission Vigilance et thérapeutiques, et Geneviève Wagner, conseillère nationale, présidente de la commission Exercice et déontologie.

Quel est l'objectif d'une charte ordinale sur le consentement éclairé ?

Alain Moutarde : Beaucoup de confrères, soucieux d'être en conformité avec la loi, nous sollicitent régulièrement sur le consentement éclairé. Il était essentiel que l'Ordre réponde de manière pratique à ces interrogations. C'est la raison pour laquelle nous proposons cette charte qui en définit les éléments nécessaires et suffisants. En pratique, le chirurgien-dentiste peut l'utiliser comme une trame, un *guideline*, lors de son entretien avec le patient visant à obtenir le consentement éclairé de ce dernier. Ce faisant, il respectera pleinement ses obligations. Notre objectif est d'aider le praticien dans sa pratique quotidienne. Connaître les éléments qui fondent la preuve que le patient a pleinement consenti à l'acte réalisé aide à exercer en toute sérénité.

Observez-vous une augmentation des litiges liés au consentement éclairé ?

Geneviève Wagner : Les premières condamnations de praticiens basées sur le fondement de la *«perte de chance»* ont eu lieu. Cette notion est de plus en plus plaidée par les patients et leurs avocats en cas de litige avec leur praticien. Schématiquement, les arguments invoqués sont les suivants : perte de chance d'avoir pu opter pour une autre solution, perte de chance d'avoir pu s'abstenir de faire réaliser des soins qui se sont soldés par un échec ou des complications… Par ailleurs, à l'échelon des conseils départementaux, la question du consentement éclairé devient fréquente lors des tentatives de conciliation. Enfin, ce sujet est de plus en plus récurrent dans les questions posées par le juge aux experts judiciaires ou lors des expertises amiables d'assurances.

Au-delà de la question des litiges, avez-vous des remontées du «terrain» sur une éventuelle difficulté des praticiens s'agissant du consentement éclairé ?

AM : Oui. Bon nombre de confrères ne connaissent pas tous les éléments que doit comporter un consentement éclairé, ni de quelle façon il doit être obtenu. La question de l'écrit ou de l'oral est souvent évoquée. Avec cette charte, les confrères trouveront toutes les réponses à leurs interrogations. En outre, les praticiens rencontrent des difficultés lorsqu'il s'agit de prouver que le patient a bien compris les informations délivrées. La signature du patient n'est pas une preuve absolue, bien au contraire ! Lors de la récente condamnation d'un praticien, la preuve de l'écrit, avancée comme argument, a été perçue par le juge comme une *«décharge de responsabilité»* de la part du praticien. Le patient peut tout à fait signer

un document écrit sans pour autant avoir pleinement compris de quoi il retournait. Concrètement, l'écrit ne suffit pas à prouver le consentement éclairé. L'information orale doit toujours primer.

Comment avez-vous travaillé à la réalisation de cette charte ? Quelle a été votre méthodologie ?

AM : Les membres des commissions Exercice et déontologie et Vigilance et thérapeutiques ainsi que les juristes du Conseil national se sont réunis pour plancher sur un outil pratique et précis. Il fallait définir les contours de la problématique et trouver le moyen d'ancrer les obligations légales du praticien dans son exercice quotidien. Conçue comme un outil synthétique et pratique, la charte doit « éclairer » le praticien lors de l'élaboration du consentement éclairé.

Comment avez-vous concilié les obligations juridiques liées au consentement avec la réalité d'une pratique au quotidien dans un cabinet dentaire ?

GW : Avec la double casquette que l'on endosse en tant que conseiller ordinal : une bonne connaissance du cadre légal croisée avec notre vécu de l'exercice au quotidien. Un travail de reformulation de la doxa juridique a été nécessaire. Notre objectif était le suivant : rendre applicable des textes dans le cadre d'un exercice quotidien, mais sans « asphyxier » le praticien. Notre travail s'est, bien évidemment, fondé sur le Code de la santé publique, tout en se nourrissant de nos expériences professionnelles. Il ne fallait pas tomber dans l'écueil du juridico-juridique non applicatif.

Quels sont les messages essentiels à retenir pour un praticien ?

GW : La bonne tenue et la mise à jour du dossier médical du patient sont indispensables pour retrouver de manière efficace les informations. Faire reformuler par le patient les informations que le praticien lui a délivrées est aussi une notion fondamentale pour établir le consentement éclairé.

Quelle est la place de l'assistante dentaire ?

AM : En aucun cas, l'information ne doit être délivrée par un tiers ! L'assistante dentaire ne peut pas se substituer au praticien pour recueillir le consentement éclairé. Elle peut toutefois être une aide précieuse pour reformuler auprès du patient les informations et collecter les données.

Cette charte est-elle gravée dans le marbre ou devrez-vous l'actualiser en fonction d'éventuelles évolutions jurisprudentielles ?

GW : L'objectif de cette charte est de donner une applicabilité aux textes de loi. Elle n'est en aucun cas figée. La considérer comme telle serait un piège pour les confrères puisqu'il n'existe pas, encore une fois, de document type pour recueillir le consentement éclairé. Cette charte sera donc évolutive en fonction de la jurisprudence et d'éventuelles modifications législatives. Enfin, il est important de souligner que le consentement doit être délivré pour tous les actes. Même si, bien sûr, lorsqu'il s'agit d'actes « simples », moins d'éléments doivent être produits. Le praticien doit intégrer le consentement éclairé dans une démarche globale. ■

>>>

Les principaux textes de référence

La charte du Conseil national sur le consentement éclairé a été élaborée avec le support juridique de sources distinctes.

CODE CIVIL

Article 16-3 : Intégrité du corps humain : *« Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir. »*

PARTIE LÉGISLATIVE DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Article L. 1110-4 : Information et consentement du patient en matière d'échange et de partage de données de santé personnelles.
Article L. 1111-2 : Information en matière médicale.
Article L. 1111-3 : Information en matière du coût de l'acte médical.
Article L. 1111-4 : Consentement : *« Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. [...] Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. »*
Article L. 1111-5 : Mineurs.
Article L. 1111-6 : Personne de confiance.
Article L. 1111-7 : Droit d'accès du patient aux informations détenues par le professionnel de santé.
Article L. 1142-4 : Information en cas d'exécution dommageable.
Article L. 6322-2 (et D. 6322-30) : Chirurgie esthétique.

PARTIE RÉGLEMENTAIRE DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
CODE DE DÉONTOLOGIE DES CHIRURGIENS-DENTISTES

Article R. 4127-233 : Soins libres et éclairés.
Article R. 4127-236 : Consentement.
Article R. 4127-239 : Diagnostic ou pronostic grave.
Article R. 4127-240 : Coût de l'acte médical.

Autres textes

Article R. 1111-21 : Affichage en matière d'honoraires.
Article R. 5211-51 : Dispositif médical sur mesure.
Article R. 5212-42 : Dispositif implantable.
Arrêté du 2 octobre 2008 fixant le seuil prévu à l'article L. 1111-3 du Code de la santé publique : Information en matière d'honoraires.

RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé – Principes généraux
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-06/recommandations_-_delivrance_de_linformation_a_la_personne_sur_son_etat_de_sante.pdf

Addition fiscale salée pour l'activité « occulte » d'un remplaçant

En résumé

Par un arrêt récent, le Conseil d'État a tranché un litige relatif au redressement fiscal d'un chirurgien-dentiste sur les revenus perçus en exécution de contrats de remplacement. À cette occasion, cette juridiction rappelle qu'en l'absence de déclaration d'un tel exercice, le praticien se livre à une *« activité occulte »*, et qu'à ce titre un redressement peut intervenir. Elle ajoute que ces revenus relèvent de la catégorie des bénéfices non commerciaux : elle a considéré, ici, que les contrats de remplacement n'étaient pas des contrats de travail. Par ailleurs, parce que l'activité est occulte, le principe de la prescription fiscale de trois ans n'est pas applicable, le redressement pouvant alors couvrir une période de six ans. Pour finir, une pénalité de 80 % a été infligée.

Le contexte

Le Conseil d'État vient de rendre un arrêt qui intéresse un redressement fiscal dans un contexte singulier : un chirurgien-dentiste (ci-après le praticien remplaçant) a conclu plusieurs contrats de remplacement – entre 1997 et 2005 – sans avoir déclaré une telle activité [1].

Après vérification, l'administration fiscale a conclu à une *«activité occulte»* (expression figurant dans l'arrêt); elle a adressé à l'intéressé deux propositions de rectification portant sur les années 1999 à 2004, au titre des revenus tirés de l'activité, qu'elle a regardés comme d'origine libérale, donc relevant des bénéfices non commerciaux. S'agissant du montant des revenus, il est – par hypothèse – inconnu puisque le praticien n'avait pas procédé aux déclarations requises; l'administration l'a évalué d'office, et ce en application des dispositions des articles L. 73-2° et L. 68 du Livre des procédures fiscales. En bref, le praticien remplaçant est débiteur d'un *«supplément d'impôts sur le revenu»* portant sur les ressources résultant des contrats de remplacement. En outre, ›››

›››› l'administration lui a réclamé des pénalités (dont le montant n'est pas mentionné dans l'arrêt). Ce praticien a saisi le tribunal administratif, puis la cour administrative d'appel d'une demande, est-il écrit, de *«décharge des cotisations supplémentaires d'impôt sur le revenu ainsi que des pénalités correspondantes»*. Ces deux juridictions n'ont pas fait droit à sa demande. Le praticien s'est pourvu en cassation, pourvoi à l'origine de l'arrêt rendu par le Conseil d'État. Sans entrer dans le détail de tous les arguments soulevés, trois points seront évoqués.

L'analyse

En premier lieu, le débat a porté sur le point de savoir si les contrats de remplacement étaient ou non, en l'espèce, des contrats de travail. Sous l'angle fiscal, il s'agissait de déterminer si les revenus relevaient de la catégorie des traitements et salaires ou bien de celle des bénéfices non commerciaux (sans oublier la soumission à la TVA). Le Conseil d'État, à l'instar des précédents juges, considère que les contrats de remplacement n'étaient pas des contrats de travail : *«Eu égard aux termes des contrats en vertu desquels il a effectué des remplacements, M. X disposait de l'indépendance nécessaire à l'exercice libéral de son activité de chirurgien-dentiste, qu'il était rémunéré selon un pourcentage des honoraires et qu'aucune des modalités d'exercice des remplacements qui avaient été convenues n'était de nature à le placer dans une situation de subordination caractérisant un lien salarié.»* Il ressort tant du contenu des contrats (étude des stipulations contractuelles) que de la réalité (de la vie du praticien au quotidien) l'absence de lien de subordination juridique ; ce dernier est le critère prépondérant pour qualifier un contrat de contrat de travail. En conséquence, à défaut de contrat de travail, les revenus de l'activité libérale constituent des bénéfices non commerciaux.

En deuxième lieu, le débat s'est concentré sur le *«droit de reprise»*. Que signifie cette expression ? Nul n'ignore, tout d'abord, que chaque contribuable est tenu de déclarer annuellement à l'administration fiscale tous ses

revenus, revenus à partir desquels l'impôt est calculé. Il est vrai que l'administration ne peut pas être derrière chaque contribuable... Mais elle peut *a posteriori* déclencher des vérifications, et ainsi identifier les individus qui ont (en toute bonne foi parfois) commis une erreur (la loi fiscale change souvent et demeure complexe) ou qui ont tenté d'échapper en tout ou partie à la fiscalité. Toutefois, les contrôles de l'administration fiscale sont limités dans le temps ; ils ne peuvent pas couvrir indéfiniment le passé.

C'est alors qu'on emploie la formule *« droit de reprise »* ou encore *« prescription fiscale »*. Schématiquement, il s'agit d'une période de temps au-delà de laquelle l'administration fiscale ne peut plus rectifier les déclarations de revenus du contribuable et procéder à un redressement.

De quelle durée est cette prescription (ou droit de reprise) ? Selon l'article L. 169 du Livre des procédures fiscales, par principe, s'agissant de l'impôt sur le revenu (et de l'impôt sur les sociétés), *« le droit de reprise de l'administration des impôts s'exerce jusqu'à la fin de la troisième année qui suit celle au titre de laquelle l'imposition est due. »* La prescription est donc par principe triennale.

Prenons un exemple simple. Chaque année, les contribuables déclarent les revenus perçus l'année précédente : en 2013, ce sont les revenus perçus en 2012 qui ont été déclarés. Si l'administration fiscale procède à un redressement avant le 31 décembre 2013, elle ne pourra remonter au-delà du 1er janvier 2010 ; elle aura donc jusqu'au 31 décembre 2013 pour redresser le contribuable sur ses revenus de l'année 2010 (déclarés en 2011). Si l'on conjugue l'article L. 169 et notre exemple, l'année 2013 est la troisième année suivant celle au titre de laquelle l'imposition est due pour les revenus 2010.

Pour en revenir à l'affaire jugée, en application de cette règle, l'administration ne pouvait redresser sur la période couvrant les années *« 1999 à 2004 »*, d'une durée de six ans ; il y a – du moins *a priori* – méconnaissance de la prescription triennale.

C'est oublier que, très souvent en droit, un principe est assorti d'exceptions.

L'article L. 169 précité en fixe de nombreuses, dont l'une a été appliquée au praticien. Ainsi est-il écrit : *« Par exception aux* ›››

›››› *dispositions du premier alinéa [prescription triennale], le droit de reprise de l'administration s'exerce jusqu'à la fin de la sixième année qui suit celle au titre de laquelle l'imposition est due, lorsque le contribuable n'a pas déposé dans le délai légal les déclarations qu'il était tenu de souscrire et n'a pas fait connaître son activité à un centre de formalités des entreprises ou au greffe du tribunal de commerce.*» Ce n'est plus trois, mais six ans, délai allongé en défaveur du contribuable. Les juges relèvent en l'espèce que le praticien n'établit pas avoir déclaré son activité libérale de chirurgien-dentiste auprès de l'un des centres de formalités des entreprises : son activité est occulte : le délai est en conséquence de six ans. Précisons que le Conseil d'État a appliqué l'article L. 169 du Livre des procédures fiscales dans ses termes à l'époque du redressement. Par la suite, ce même texte a été modifié : dans sa dernière version (issue de la loi n° 2011-1978 du 28 décembre 2011), il est dit que «*le droit de reprise de l'administration s'exerce jusqu'à la fin de la dixième année qui suit celle au titre de laquelle l'imposition est due, lorsque le contribuable exerce une activité occulte.*». Ce n'est donc plus six, mais dix ans! Par ailleurs, la loi répute occulte, «*l'activité exercée lorsque le contribuable qui n'a pas déposé dans le délai légal les déclarations qu'il était tenu de souscrire et soit n'a pas fait connaître son activité à un centre de formalités des entreprises ou au greffe du tribunal de commerce, soit s'est livré à une activité illicite*».

Sauf exceptions, le redressement fiscal de l'impôt sur le revenu s'évanouit par prescription triennale. Étendue à six ans jusqu'en 2011 en cas d'activité occulte, elle a depuis lors été portée à dix ans.

En troisième lieu, s'agissant de la pénalité, il convient de rappeler le contenu de l'article L. 1728 (dans sa dernière version issue de la loi n° 2013-1117 du 6 décembre 2013) : «*1. Le défaut de production dans les délais prescrits d'une déclaration ou d'un acte comportant l'indication d'éléments à retenir pour l'assiette ou la liquidation de l'impôt entraîne l'application, sur le montant des droits mis à la charge du contribuable ou résultant de la déclaration ou de l'acte déposé tardivement, d'une majoration de [...] 80 % en cas de découverte d'une activité occulte* [2].». L'addition devient très salée... ■

David Jacotot

(1) CE, arrêt n° 354701, 17 mars 2014, inédit au *Recueil Lebon*.

(2) Elle est de *« 10 % en l'absence de mise en demeure ou en cas de dépôt de la déclaration ou de l'acte dans les 30 jours suivant la réception d'une mise en demeure, notifiée par pli recommandé, d'avoir à le produire dans ce délai »* et de *« 40 % lorsque la déclaration ou l'acte n'a pas été déposé dans les 30 jours suivant la réception d'une mise en demeure, notifiée par pli recommandé, d'avoir à le produire dans ce délai ».*

Débat judiciaire autour de la prime de secrétariat

En résumé

La chambre sociale de la Cour de cassation, par un arrêt rendu le 9 avril 2014, considère qu'une cour d'appel pouvait condamner un chirurgien-dentiste à verser à une salariée la prime de secrétariat. Selon les juges, la salariée assurait régulièrement le traitement des factures, ce qui suffisait à déclencher le droit au versement de ladite prime.

Le contexte

Voilà un arrêt peu banal que celui rendu par la chambre sociale de la Cour de cassation en date du 9 avril 2014 [1]. En substance, la salariée d'un cabinet dentaire consécutivement à son licenciement a saisi les juridictions du travail d'une demande tenant au paiement d'une prime de secrétariat [2].

Avant d'aborder la solution retenue par la Cour relativement à cette prime, il convient de relater la première partie de l'arrêt et un moyen du pourvoi soulevé par la salariée (pour le moins par son avocat). Il est écrit que la salariée occupait (à partir de 2006 et jusqu'en 2008) le *«poste de secrétaire»*. Néanmoins, devant les juges, elle soutient qu'avant son licenciement elle était – dans les faits – *«aide dentaire qualifiée»*. Elle revendique même *«avoir exécuté, dès l'origine, les fonctions d'agent d'entretien et, en outre, de secrétaire et assistante dentaire pour avoir répondu au téléphone, pris les rendez-vous, trié les fiches de patients, les factures et les chèques, commandé les produits, rangé, désinfecté et stérilisé le matériel et en outre, à partir de janvier 2006, de réceptionniste [...]»*. Selon elle, elle est en droit de recevoir un rappel de salaire égal à la différence entre le salaire effectivement reçu et le salaire minimum garanti à la fonction d'aide dentaire qualifié par la convention collective nationale des cabinets dentaires. En d'autres termes, elle considère que ce qu'elle faisait dans la réalité de tous les jours correspondait à la *«définition des tâches»* de l'aide dentaire, détaillée à l'article 3.3 de la convention collective. ›››

›››› Les premiers juges lui donnent raison : le chirurgien-dentiste est condamné à verser à son ancienne salariée un «*rappel de salaire*». Le praticien critique cette solution. Ce faisant, dans le pourvoi qu'il forme, il présente un premier moyen. Le chirurgien-dentiste (ou plutôt son avocat, chacun l'aura compris) s'appuie sur l'article 3.1.1 de la convention collective relatif aux conditions d'exercice de la profession d'aide dentaire, qui prévoit que, par principe, «*nul ne peut remplir les fonctions d'aide dentaire s'il n'est pas titulaire du certificat d'aide dentaire reconnu par la CPNEFP des cabinets dentaires ou en cursus de formation ou de validation des acquis de l'expérience [...]*».

Que répond la Cour de cassation ? «*Sur le premier [...] moyen : [...] il n'y a pas lieu de statuer sur ce moyen qui n'est pas de nature à permettre l'admission du pourvoi.*» Pour la haute juridiction, il n'est pas – en droit – nécessaire de revenir sur ce point. En conséquence, il n'y a pas lieu de revenir sur la condamnation à verser le rappel de salaire ; ce dernier est acquis.

La rémunération à laquelle le salarié a droit dépend de la fonction réellement occupée, même s'il n'est pas censé la remplir selon la convention collective.

De là un message : en droit du travail, le montant du salaire auquel le salarié a droit dépend de la fonction, de l'emploi réellement – pratiquement – occupé, alors même que, conventionnellement (selon la convention collective), ce salarié n'est pas censé l'exécuter ! Un employeur qui exige d'un salarié de faire ce qu'il ne peut normalement pas faire est tenu de payer le salaire correspondant ; il s'agit, ici, d'éviter qu'un employeur recrute une personne en quelque sorte «*sous-diplômée (ou sous-certifiée)*» pour faire le travail d'une personne devant être diplômée ou certifiée dans le but de réduire ses coûts salariaux. La Cour de cassation l'a déjà dit par le passé, d'où la non-admission de ce moyen.

Reste alors le deuxième moyen soulevé par le praticien, lequel traite de la prime de secrétariat prévue à l'article 3.16 de la convention collective nationale des cabinets dentaires.

L'analyse

Que dit ce moyen ? Citons-le intégralement : *« [...] La prime de secrétariat est due au salarié qui exécute régulièrement au moins l'une des tâches suivantes : soit établir, suivre et rappeler les échéances administratives, soit enregistrer les opérations comptables courantes (traitement des factures et préparation de leur règlement), soit assurer la correspondance du cabinet, le courrier pouvant être dactylographié, manuscrit ou sur traitement de texte, la rédaction éventuelle des travaux d'étude ou de recherche des praticiens* (3) *; qu'en se bornant à affirmer que la salariée avait droit à la prime de secrétariat dès lors qu'elle assurait au moins le traitement des factures, sans indiquer de quel élément du dossier, il serait ressorti qu'elle remplissait régulièrement cette tâche, ce qui était pourtant contesté par l'employeur, la cour d'appel a privé sa décision de motifs, en violation de l'article 455 du Code de procédure civile [...]. »*

Ce moyen critique l'arrêt des premiers juges (qui ont admis que la prime était due), celui-ci ne serait pas suffisamment motivé, ce qui justifierait que cet arrêt soit cassé (par la Cour de cassation). En bref, sur la question de la régularité du traitement des factures par l'ancienne salariée, la cour d'appel n'a pas apporté une réponse motivée. La Cour de cassation se convainc de l'inverse. Elle conclut : *« Mais attendu que la cour d'appel ayant constaté que la salariée assurait le traitement des factures, l'arrêt n'encourt pas le grief du moyen. »* Partant, elle rejette le pourvoi. Pour la haute juridiction, les précédents juges ont bel et bien constaté que l'ex-salariée assumait régulièrement l'une des tâches, à savoir le traitement des factures (4), entraînant le versement de la prime de secrétariat. ■

David Jacotot

(1) Pourvoi n° 13-12544, non publié au *Bulletin*.

(2) Il ne s'agit pas de son unique prétention : elle invoquait également un harcèlement moral et plaidait aussi l'absence de cause réelle et sérieuse considérant plus globalement que le licenciement était injustifié.

(3) On retrouve cette énumération dans la fiche technique réalisée par la CNSD et intitulée *« Prime de secrétariat »*.

(4) Cette tâche entre dans la rubrique *« 3. Enregistrement des opérations comptables courantes »*, fiche technique CNSD intitulée *« Prime de secrétariat »*.

Du charbon dans la chaudière

Guy Robert

1960 : Diplômé de l'école dentaire et de la faculté de médecine de Paris
1975 : Docteur en chirurgie dentaire
1978-1991 : Secrétaire général de la CNSD
1998 : Président du Congrès de l'ADF
1994-2006 : Secrétaire du bureau du Conseil économique et social
2013 : Président du MVAD

« *Vos caricatures font de vous un artiste. Un dentiste est un artiste. Pourquoi ne pas devenir chirurgien-dentiste ?* » Voilà ce qu'a suggéré, amusé, le dentiste du jeune Guy Robert quand celui-ci croquait son portrait en attendant patiemment son tour.

C'est donc en partie grâce à un syllogisme que Guy Robert, fils de négociant en grains, s'est vu orienter vers une carrière de chirurgien-dentiste plutôt que d'artiste.

Le voilà donc à l'école dentaire en 1956. Très rapidement, il occupera la place de secrétaire général de l'Association des étudiants en chirurgie dentaire. Pas pour rien : il fut l'animateur de la première grève des étudiants. « *Je pensais entrer dans une formation à l'image de celle qui était délivrée en médecine ou en pharmacie. Mais à l'époque, il n'existait que des écoles privées à Paris. Payer des droits d'inscription très onéreux était une conception à laquelle je m'opposais. Le mors aux dents, et avec toute une horde de futurs chirurgiens-dentistes, nous avions aussi cette volonté farouche de nous libérer de la tutelle médicale et de faire entrer l'odontologie comme une profession médicale à part entière* », se souvient Guy Robert. Plus d'une décennie après cette grève historique, le titre de docteur était délivré aux chirurgiens-dentistes. Cette première expérience d'engagement et l'amour pour la profession feront de lui un véritable homme d'action. Il le restera d'ailleurs tout au long de son activité… ou plutôt de ses nombreuses activités.

À ses 32 ans d'exercice en cabinet libéral (dont 30 à Dijon) s'ajoute dans le curriculum vitae de Guy Robert un nombre impressionnant de fonctions liées à la profession. Après avoir été, pendant deux ans, secrétaire général de l'Union des jeunes chirurgiens-dentistes, il a été 22 ans à la tête du Syndicat départemental des chirurgiens-dentistes de la Côte-d'Or, 12 ans secrétaire général de la CNSD, 11 ans président de la Commission de la communication de la Fédération dentaire internationale, 12 ans secrétaire général de l'Union nationale des professions libérales. Et la liste n'est pas exhaustive… Guy Robert, c'est le don de soi personnifié, mais avec une authentique discrétion.

Du haut de ce pedigree d'homme engagé ayant exercé différentes fonctions, Guy Robert avoue un faible pour le rôle de secrétaire général : « *C'est lui qui met le charbon dans la chaudière. J'ai toujours placé mon engagement au service de la profession avec un tempérament de rêveur éveillé. J'ai eu la chance de faire partie d'une génération de chirurgiens-dentistes qui a lutté pour voir la profession évoluer, ce qui m'a permis de m'émanciper et de devenir un maillon de la chaîne.* »

Cet homme d'action est aussi un homme de presse. En témoigne sa participation à de nombreuses revues professionnelles telles que *La Voix dentaire* et *Les Cahiers de l'UJCD* pendant ses années estudiantines, puis *Le Chirurgien-dentiste de France* ou encore *Le Nouveau Praticien*. Il fondera d'ailleurs en 1996 la revue bimestrielle *L'Entreprise libérale Magazine* pour laquelle il sera rédacteur en chef pendant huit ans. « *L'écrit bâtit la pensée et la pensée bâtit l'écrit. Pour faire valoir une idée, il faut la coucher sur le papier.* »

Le travail de mémoire est également une notion importante à ses yeux, qu'il traduira en organisant deux expositions sur l'histoire de notre profession, l'une en 1981 et l'autre en 1992. Aujourd'hui retraité, Guy Robert ne lève pas pour autant le pied. Depuis 2012, il est président de la Confédération nationale des retraités des professions libérales. Il a récemment inauguré le Musée virtuel de l'art dentaire, dont il préside l'association et poursuit son passe-temps de portraitiste amateur, qu'il n'a jamais quitté. ■

Ce qu'il faut retenir pour votre exercice

Tube PRF : l'indispensable marquage CE

✔ TUBE PRF : L'INDISPENSABLE MARQUAGE CE
Lorsque le praticien recourt à un protocole PRF, il doit recourir à des tubes marqués CE et vérifier que le marquage correspond bien à l'usage auquel il destine le produit à utiliser. Le marquage CE constitue une garantie tant pour le patient que pour le praticien et signifie le respect, par le fabricant du tube, des exigences essentielles de sécurité.

Addition fiscale salée pour l'activité « occulte » d'un remplaçant

✔ FISCALITÉ DU PRATICIEN REMPLAÇANT
S'il ne déclare pas ses remplacements, le praticien est réputé exercer une *« activité occulte »* et devient passible d'un redressement fiscal. Parce que l'activité est occulte, le principe de la prescription fiscale de trois ans n'est pas applicable : le redressement peut alors couvrir une période de dix ans, et le praticien encourir de lourdes pénalités.

✔ UNE CHARTE DE L'ORDRE SUR CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ
Pour accompagner les praticiens, le Conseil national propose une charte consacrée au consentement éclairé. Il s'agit d'un *guideline* et en aucun cas d'un document type : chaque praticien doit adapter l'élaboration du consentement aux particularités de chaque patient. Le praticien respectera néanmoins ses obligations s'il utilise la charte comme trame lors de son entretien avec le patient.

Charte ordinale
LE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

✔ MAIL SÉCURISÉ MSSANTÉ
Chaque praticien peut désormais créer son adresse mail professionnelle sous le système MSSanté *via* le site *www.mssante.fr*. Ce dispositif permet à tous les professionnels de santé d'échanger en toute sécurité les données personnelles de santé de leurs patients dans le respect de la réglementation en vigueur. Si le praticien utilise un logiciel métier intégrant une fonctionnalité mail, il doit contacter l'éditeur de son logiciel afin de s'informer de la compatibilité de ce dernier avec le système MSSanté.

La Lettre n° 128 – Juin 2014
Directeur de la publication : Christian Couzinou / Ordre national des chirurgiens-dentistes – 22, rue Émile-Ménier – BP 2016 – 75761 Paris Cedex 16
Tél. : 01 44 34 78 80 – **Fax :** 01 47 04 36 55 / *www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/*
Conception, rédaction et réalisation : Texto Éditions – Tél. : 01 58 30 70 15
Direction artistique : Ewa Roux-Biejat. **Secrétariat de rédaction :** Corinne Albert. **Illustrations :** Dume et Bruno Mallart. **Couv. :** Ewa Roux-Biejat.
Photos : Fotolia : pp. 1, 15-17, 30-31, 44. Asip Santé : pp. 13, 44. MVAD : p. 18. ASPAD : p. 19, Albatros (Musée le Secq des Tournelles) : pp. 19-20.
Musée AP-HP : p. 19. Musée dentaire de Lyon : p. 20. J. Renard : p. 3, D.R. : pp. 33, 42.
Imprimerie : SIEP/Les articles sont publiés sous la seule responsabilité de leurs auteurs/Dépôt légal à parution ISSN n° 12876844.

Vos échanges e-mail sécurisés

L'Ordre soutient le dispositif MSSanté qui permet la mise à disposition d'un e-mail professionnel pour vos échanges de données.

MSSanté
MESSAGERIES SÉCURISÉES DE SANTÉ

ONCD www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr